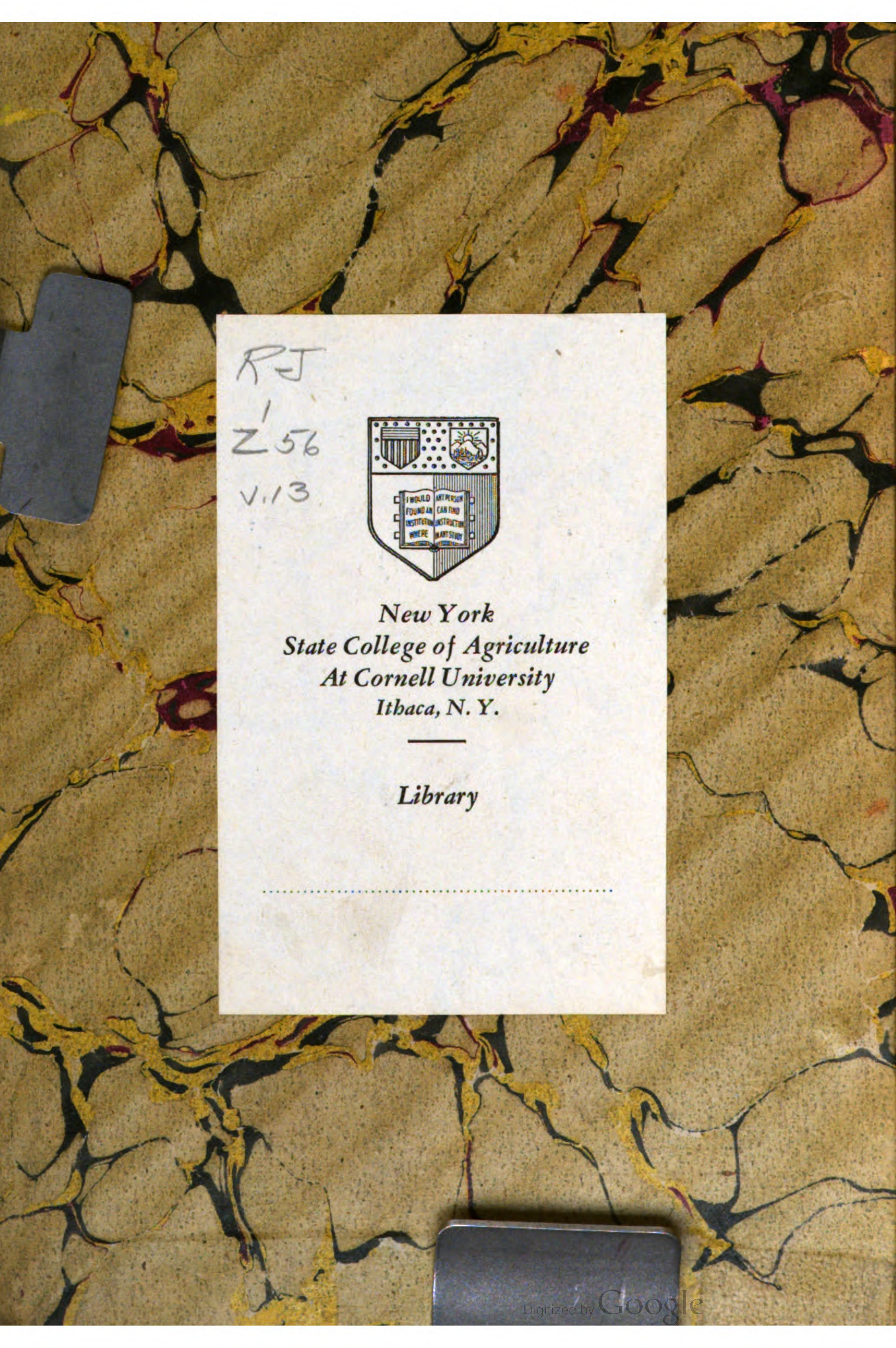
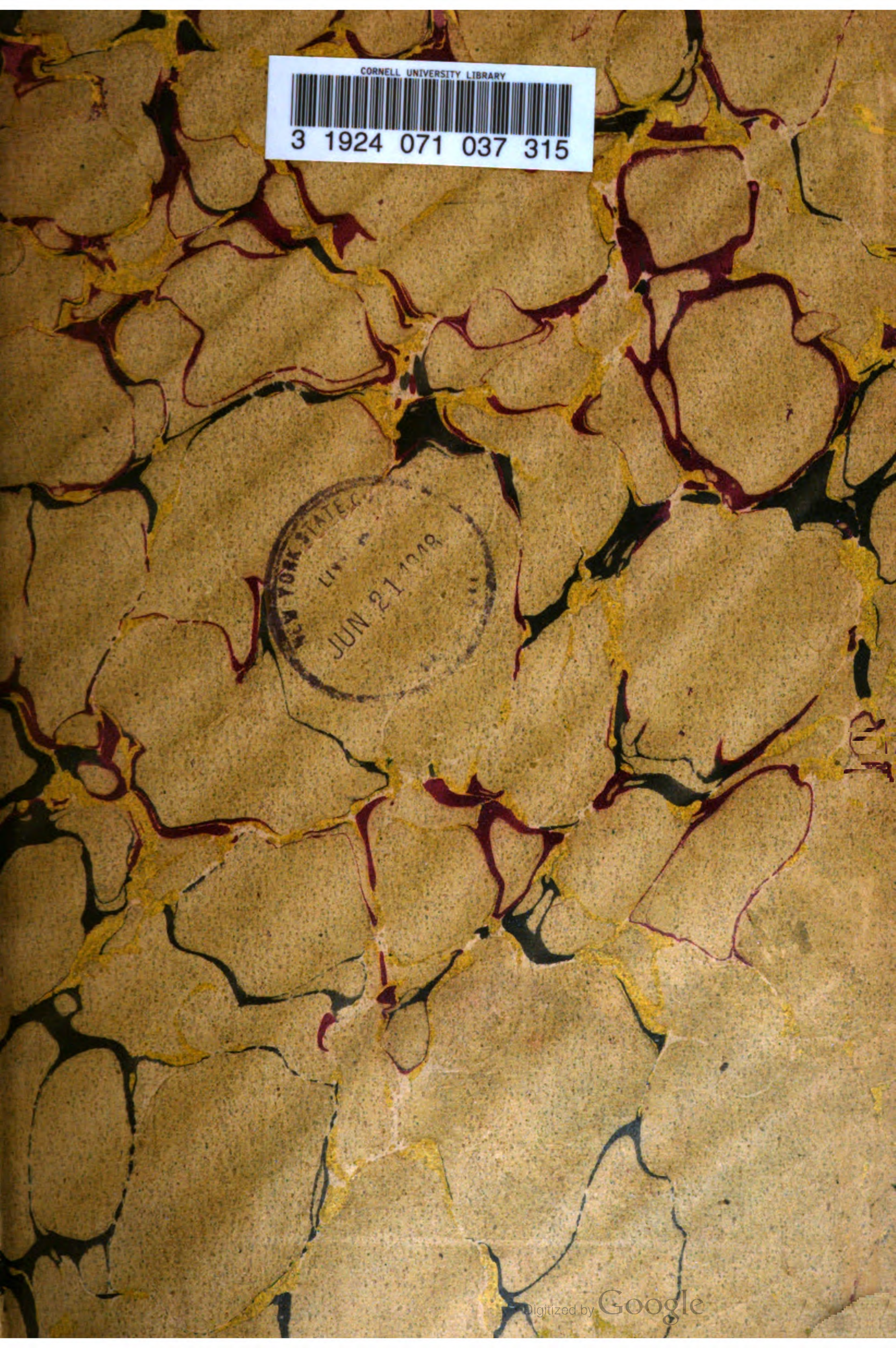


Zentralblatt für Kinderheilkunde


I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 071 037 315
JUN 21 1948
Digitized by Google

ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

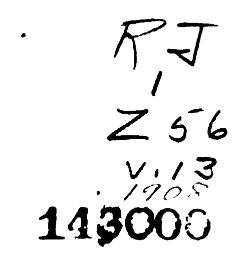
VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

13. JAHRGANG 1908.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1908.



Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des XIII. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.



Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XIII. Jahrgang. Januar 1908. Nr. 1.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes. Seite

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Januar 1908. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Aphorismen zur Kinderchirurgie.

Von

Prof. **Carl Bayer** (Prag).

20 Jahre Kinderchirurgie! Gibt es überhaupt eine Chirurgie des Kindesalters und hat es einen Wert, nach 20 Jahren Rückschau zu halten? . . .

Schon Celsus empfahl seine perineale Steinschnittmethode, den sogenannten „kleinen Apparat" ausschließlich — für Kinder, ein Beweis, daß schon die Chirurgie alter Zeit, lange bevor sie Wissenschaft wurde, Kinder mit anderen Händen anfaßte, als Erwachsene.

Als Louis XV., 11 Jahre alt, während einer fieberhaften Erkrankung über Beschluß eines Consiliums am selben Tage zum zweitenmal hätte venaeseziert werden sollen, lehnte der erste Chirurg G. Mareschal den Eingriff ab mit den drastischen Worten: „. . . s'il n'y avait qu'une lancette en France, il la casserait pour ne pas faire cette saignée." Dies zu einer Zeit, wo ohne wiederholtes Aderlassen kaum ein Erwachsener ein fieberhaftes Krankenlager je verließ.

Isac Guimby (1866) schob bei einem 10jährigen Knaben das abgesägte Calcaneusstück eines Pirogoffstumpfes, ohne die Malleolen abzusägen, zwischen diese ein, um die Epiphyse zu schonen.

Diese drei Beispiele aus der Geschichte der Chirurgie mögen genügen, um zu zeigen, daß ein Kind auch in der Therapie äußerer Leiden seit uralten Zeiten bis an unsere Tage heran einer besonderen Rücksicht sich erfreute. Kinder müssen eben anders „behandelt" werden als Erwachsene, das wußten schon die Menschen aller Zeiten ebensogut, wie wir es heute wissen.

Die Therapie beiseite — wird die Ausnahmsstellung des Kindes als eines chirurgischen Kranken noch klarer, wenn man die Reihe der Leiden Revue passieren läßt, die es dem Chirurgen zuführen.

Da ist vor allem das ganze Heer der angeborenen Mißbildungen, die schon Neugeborene und Säuglinge vor das chirurgische Arbitrium stellen; wächst das normale Kind heran, so bringen Störungen physiologischer Rückbildungs- und Wachstumsvorgänge allerlei Erkrankungen rein chirurgischer Art mit sich, die man im späteren Alter kaum oder gar nicht auftreten sieht; die Reparationsfähigkeit, die Reaktion der kindlichen Gewebe auf Verletzungen und Infektion, die Art, ja

der Verlauf dieser und ihre Heilung — alles das ist bei Kindern anders als nach Vollendung der Wachstumszeit; die Kleinheit gewisser Organe an sich wird im Kindesalter oft schon direkte Ursache von Störungen, die nach deren voller Entwicklung nicht mehr vorkommen. Berücksichtigen wir noch das dunkle Gebiet der Geschwülste, ihre Beziehung zu versprengten embryonalen Resten, ihren Ausgang und Verlauf im kindlichen Organismus, so sehen wir, daß in der Tat ein gewaltiger Unterschied besteht zwischen den chirurgischen Leiden der Kinder und der Erwachsenen.

Und in der richtigen Abwägung dieses Unterschieds liegt auch das Geheimnis der richtigen Therapie, des Endzwecks alles medizinischen Wissens.

Wenn nun einer, dem die Aufgabe zuteil geworden, Kinder chirurgisch zu behandeln, nach Jahren auf seine Tätigkeit zurückblickt, hat er ein Recht, andern zu sagen, wie er denkt?

Wir wollen sehen.

Hatte man schon in der Karbolzeit und der folgenden Sublimatära gelernt, Antiseptika wegen ihrer Giftigkeit bei Kindern lieber gar nicht anzuwenden, so fand die Asepsis um so leichter Einlaß in die chirurgischen Kinder-Operationssäle, als nun vieles mit Ruhe unternommen werden konnte, was man vorher nur unter allerlei Kautelen und Sorgen wagen durfte. Allerdings hatte man schon in der Zeit der Antisepsis damit vorgearbeitet, daß die starken Gifte durch mildere ersetzt wurden. Das 3 % Borwasser und 1 ‰ Lösung von Kali hypermanganicum sind wertvolle Geschenke jener Zeit, die ich auch heute nicht gern misse, wenn im Munde, am After, im Rektum und an den Harnorganen operiert werden muß. Auch die Spur Jodoform, die in sehr reduzierter Dosis bis heute Geltung hat, möchte ich nicht entbehren, wo es gilt, länger währende antiseptische Wirkungen zu entfalten und damit den nicht gering anzuschlagenden Vorteil zu verbinden, daß der Verband länger liegen bleiben, die Wunde in Ruhe heilen kann und dem Kinde Schmerzen erspart werden. Allerdings wurde das viele Irrigieren und sogenannte „gründliche Desinfizieren“ ganz verbannt.

Durch diese schonenden Maßnahmen haben wir gelernt, auch große reine Wunden nach Verletzungen sowohl als auch operativ gesetzte unter trockenen sterilen Verbänden bis zur Heilung rein zu erhalten und die Gefahren giftiger Resorptionen mit ihren deletären Wirkungen auf Herz, Leber und Nieren zu vermeiden, infizierte und nicht aseptisch verlaufende Wunden, gespaltene Phlegmonen, Abszesse u. ä. unter feuchten Einpackungen zumeist mit essigsaurer Tonerde (sterilisiert) gesunder Granulation rasch zuzuführen.

Nur unregelmäßige und Höhlenwunden werden je nach Bedarf drainiert, tamponiert oder mit 1 % Jodoformglyzerin ausgegossen. Letzteres verwenden wir mit Vorliebe zur Ausfüllung von Knochenhöhlen nach Resektionen, Ausmeißlungen und Evidements mit folgender teilweiser Weichteilnaht; über so versorgte Wunden kommt ein Stück Lister's Protectiv (in Glyzerin sterilisiert) und darüber ein steriler Verband, der bei normalem Verlauf lange — in ausgewählten Fällen (und darunter sind Kniegelenks-, Ellbogen-Resektionen, Ausräumungen

des Calcaneus bei zentr. Nekrose u. ä.) bis zur vollendeten Heilung liegen bleiben kann.

Dasselbe Protective Silk hat sich uns auch anderweitig sehr bewährt. Die Hauptvorzüge, daß es vollkommen glatt ist und mit der Fläche, die es bedeckt, nicht verklebt, empfehlen es von selbst als Schutz für den Darm, und wir verwenden es mit Vorliebe zur Ableitung der Peritonealsekrete nach Operationen eiteriger Perityphlitiden statt der umständlichen Tamponade, wo es halbwegs angeht. Ein breiter Streifen Protective hüllt dann wie ein Schurz das Coecum ein und wird zum offen gelassenen Winkel der teilweise durch Nähte verkleinerten Bauchwunde nebst einem Drainrohr und Jodoformdocht, welch letzterer den Appendixstumpf versichert, herausgeleitet. Der Wechsel dieser „Tamponade“ ist für Arzt und Patient sehr angenehm; sie verstopft nicht gefährliche Nischen, verklebt nicht mit Darm und Peritoneum und leitet sehr gut. Auch für alle plastischen Operationen eignet sich ein Deckverband mit Protektiv vorzüglich. Es ist ganz merkwürdig, wie wunderbar lineär darunter z. B. ein Augenlidlappen anheilt und eine Amputationswunde glatt sich anlegt und wie sehr der Verbandwechsel erleichtert wird. Wo es nicht darauf ankommt, daß die Kontinuität des Wunddeckmittels sicher gewahrt bleibt, verwenden wir zu diesem Zwecke auch die von Doz. Dr. C. Springer empfohlene Paraffinhaut, die durch Aufkochen eines Stückes Paraffin in Wasser und Abkühlen leicht herzustellen ist.

Kleine Hautfungi, die nicht zur Operation (saubere Exstirpation) drängen, sehen wir oft sehr schön heilen unter konsequenter Behandlung mit Jodtinktur, Arg. nitric. und Perubalsam.

Von der modernen Stauung bei Gelenkstuberkulose und Phlegmone kann ich leider nicht viel Günstiges berichten, wohl wahrscheinlich, weil unsere Fälle dazu wenig sich eignen. Prolongierte heiße Lokalbäder kann ich dagegen für alle offenen septischen Herde sehr warm empfehlen.

Tuberkulöse Phalangitiden kleiner Kinder sah ich unter Einwicklungen mit Empl. mercuriale (oder bei zarter Haut Empl. De Vigo) sehr oft allmählich ganz heilen, oder wenigstens so weit zurückgehen, daß der später notwendige Eingriff ein ganz geringfügiger war. Die Pflasterstreifen lasse ich immer mehrere Tage lang liegen, bei Nacht kommt ein Umschlag mit essigsaurer Tonerde darüber.

Auch jene tuberkulösen Gelenke, die konservativ mit Gipsverbänden behandelt werden, lasse ich vor jeder Anlegung des starren Verbandes mit grauen Pflasterstreifen glatt bekleben.

Ich habe den Eindruck, daß durch diese Maßnahme fungöse Weichteil- und Kapselanschwellungen in Fällen, wo keine Abszeßbildung und Eiterung zu erwarten steht, viel rascher zurückgehen. Resektionen werden nur dann ausgeführt, wenn alles Kranke leicht und radikal entfernt werden kann; das trifft am häufigsten für das Knie- und Ellbogengelenk zu, daher bei diesen Gelenken gute Dauerresultate — allerdings meist nur in Ankylose — zu verzeichnen sind. Reseziert wird auch nur dann, wenn Konservierung ohne Operation aussichtslos ist und eine Indikation für Amputation nicht vorliegt. In vielen Fällen gelingt es durch wiederholte Punktionen, verbunden

mit Immobilisation oder Extension, auch scheinbar verlorene Gelenke noch zu retten. Coxitis sicca wird bei guter Stellung konsequent mit Gipsverbänden oder Gehapparaten behandelt, bei Neigung zu Winkelstellungen lange extendiert. Bei abszedierenden Formen spalten wir die Abszesse; ergibt sich dabei ein Einblick ins Gelenk und liegen die Verhältnisse für eine Resektion günstig, wird reseziert. Es trifft sich selten, am ehesten noch bei den unter dem Bilde akuter Osteomyelitis an Kopf oder Pfanne verlaufenden, im ganzen seltenen Fällen. Die Resektionswunde wird dann mit ausgiebiger Drainage versorgt, die Extremität extendiert. Ist der Abszeß bloß, wie gewöhnlich, periartikulär oder aus dem Becken gesenkt (Pfannenkoxitis), wird, je nach dem Fall, lockere Tamponade und Drainage mit Anlegung von Gegenöffnungen an tiefsten Stellen, feuchter Verband und Extension angewendet. Hier und da kommt ein Fall später zur „Revision“: Evidement, Resektion.

In der Regel sind aber diese letzteren Fälle hierzulande mit schweren inneren Erkrankungen (Lungentuberkulose, Amyloid usw.) kompliziert, so daß wir uns meist damit begnügen müssen, dem schwerkranken Kind durch regelrechte Versorgung der Abszesse das Fieber und die Schmerzen zu verringern.

Gänz ähnlich verhält es sich mit jenen Formen tuberkulöser Erkrankung des Sprunggelenks, die zur Abszedierung, Zerstörung des Gelenks und multiplen Fistelbildungen führen. Wo die Weichteile wenig ergriffen sind, läßt sich durch ausgiebige Resektion hier und da ein Fuß noch retten; meist ist aber die Zerstörung auch der Weichteile so groß, daß die Resektion illusorisch wird. In solchen Fällen amputieren wir: Syme, Pirogoff oder Unterschenkel — je nach Möglichkeit.

Dankbar für die Operation sind die zentralen nekrotisierenden Metatarsus-, Calcaneus- und Metakarpusostitiden. Sie heilen nach sorgfältiger Ausräumung der zentralen käsigen Sequester glatt. Gleich günstiges kann ich von Jochbein- und isolierter Schädeldachkaries berichten. Die erstere befällt mit Vorliebe analog der Rippenkaries die viszerale Knochenfläche; die letztere perforiert oft ganz den platten Schädelknochen, es finden sich dann verschieden weit zwischen Vitrea und Dura ausgebreitete käsige Massen. Prognostisch schlecht fanden wir die infiltrierenden Schläfebeinostitiden.

Spondylitiden extendieren wir. Nach Rückgang der Reizungserscheinungen Gipsbett oder Korsett. Senkungsabszesse werden punktiert. Nicht viel Gutes sah ich von radikaleren operativen Versuchen, die ich in früheren Jahren hier und da vornahm.

Um die Tuberkulose zu absolvieren, sei noch der käsigen Lymphome und der Hodentuberkulose, die wir recht oft zu sehen bekommen, gedacht. Erstere exstirpieren wir, wo nur halbwegs möglich; bei der Hodentuberkulose Kastration oder, wenn nur der Nebenhode (sehr selten in unsern Fällen) erkrankt ist, Resektion des letzteren. Laparotomien nach Bauchfelltuberkulose brachten nur vorübergehende Besserung. Auch die tuberkulösen Nabelkotfisteln sind prognostisch schlecht und ihre Operationen von fraglichem Wert. Von recht guter lokaler und allgemeiner Wirkung bei torpiden, zu operativen Ein-

griffen ungeeigneten Formen von Lymphdrüsen- und Gelenkstuberkulose ist der wiederholte Kurgebrauch in Bad Hall in Oberösterreich. In Fällen profuser multipler Eiterung haben mir auch prolongierte Bäder in Teplitz-Schönau gute Dienste geleistet.

Bei akuter Osteomyelitis der langen Röhrenknochen sind wir in der Regel mit primärer Abszeßspaltung und späterer Nekrotomie ausgekommen. Bei der Vornahme der letzteren verflachen wir möglichst die Ladenmulde und schieben mittels querer, über einem Jodoformgazetampon geknüpfter, durchgreifender Nähte die abgelösten Wundränder hinein. Damit ist die für die Nachbehandlung schreckliche Tamponade ersetzt und die Heilungsdauer bedeutend abgekürzt. Primäre Aufmeißelung der Markhöhle geschieht nur selten in jenen Fällen, wo die einfache ausgiebige Spaltung keine sichtbare Besserung des Allgemeinbefindens schafft. Zum Glück selten sahen wir auch jene Formen akutester septischer Osteomyelitis, die rasch unter Herzsymptomen zum Tode führt. Relativ häufig kommt in unserer Statistik die Osteomyelitis multiplex vor, und zwar bei jüngeren Kindern. Clavicula, Orbitalknochen, Scapula, ja einmal auch der Gaumen waren neben anderen Knochendiaphysen befallen. Übergreifen der Eiterung auf das benachbarte Gelenk sehen wir am häufigsten bei Osteomyelitiden der Tibia, häufiger auf- als abwärts. Von primärer septischer Entzündung der Knorpelfuge habe ich bislang Gelegenheit gehabt, nur einen Fall (untere Epiphyse der Tibia) mit gutem Erfolg zu operieren.

Von reinen Knochenoperationen üben wir am häufigsten die lineäre Osteotomie bei rachitischen Verkrümmungen, wenn die Knochen einfachem Redressement nicht mehr nachgeben[1]). Für Ankylosen in schlechtem Winkel, Coxa vara traumat. und alle winklig mit Verkürzung geheilte Röhrenknochenfrakturen empfiehlt sich nach unserer Erfahrung die treppenförmige Osteotomie des Winkels selbst besser als andere Osteotomien (unter dem Winkel mit Knickkorrektur, schräge Osteotomie usf.). Sie hat den Vorzug exakten Ausgleichs der Verkrümmung und der Möglichkeit, die Verkürzung zu beheben.

Knöcherne Winkelankylosen im Kniegelenk lassen sich sehr schön und einfach mittels bogenförmiger Durchraspelung von einem queren Resektionsschnitt aus gerade strecken.

Intra partum erworbene Frakturen Neugeborener (meist Humerus, Femur, Clavicula) behandeln wir am Humerus und Femur mit wattierten Pappeschienchen. Schlägt man das verbundene Beinchen ganz in Billrothbattist ein, so bleibt der Verband ziemlich gut vor Verunreinigung geschützt, so daß er nicht täglich erneuert werden muß. Bei Schlüsselbeinbruch genügt eine kleine Mitella. Letztere

---

[1]) Bei mäßigen Graden der Verkrümmung habe ich bei kleinen Kindern wiederholt Gutes gesehen von täglichen vorsichtigen Geradebiegungen, die ich von den Müttern ausführen lasse. Hier und da halfen Schienen mit Zügen nach. Bei nachgiebigem Genu valgum lasse ich einen elastischen Gurt tragen, der die Ferse steigbügelartig umgreift, innen zum Knie emporsteigt, dieses medial breit umfaßt und schräg über den Oberschenkel aufwärts ziehend über dem Trochanter an einem Beckengurt befestigt ist.

legen wir auch bei größeren Kindern an, wenn keine große Verschiebung der Bruchenden da ist; bei stärkerem Winkel kommt Sayrescher Heftpflasterverband; für einzelne stark dislozierte Brüche hat sich uns die Fixation des Armes auf dem Rücken bewährt.

Sonst gilt für alle dislozierten Brüche (Humerus, Femur, sowohl Collum als Schaft, und die typischen Ellbogengelenksfrakturen der Kinder) als Regel: Extension. Gegipst werden nur Unterschenkelbrüche größerer Kinder nach erfolgter Abschwellung. Ist die Fraktur ohne Verschiebung, wie häufig, wird auch ohne allen fixen Verband bloß eine feuchte Einpackung gemacht. Vorderarmbrüche behandeln wir mit Schienen. Typische Radiusfrakturen legen wir auf 8—10 Tage auf die bekannte Pistolenschiene und behandeln, sobald gute Koaptation eingetreten, mit Bädern, Übungen und bloßen Umschlägen über Nacht nach. Operativ einzugreifen waren wir bislang genötigt nur in vernachlässigt eingebrachten Fällen von Fract. condyli ext. humeri, der für das Kindesalter so typischen Fraktur, wenn der schief angeheilte Condylus oder der angerissene N. radialis eine direkte Indikation dazu abgab.

Für Operationen an den Sehnen bieten die mannigfaltigen Lähmungen nach Poliomyelitis reichlich Gelegenheit. Für einfache Spitzfüße genügt die subkutane plastische Verlängerung der Achillessehne. Für die komplizierteren Fälle kommen Sehnentransplantationen in Betracht; sie befriedigen bei den schlaffen Formen nicht; hier muß entweder Kapsel- und Faszienverschiebung mithelfen oder zur Besserung des mangelhaften Resultats ein entsprechender Stützapparat gegeben werden. Für die schlotterigen Gelenke ohne Halt ist Arthrodese am Platze.

Den muskulären Schiefhals Neugeborener, wo noch ein deutlicher spindelförmiger Wulst im Muskel besteht, behandeln wir mit täglichen Dehnungen und Redressionen mit leichter Massage und Einpackungen. Im späteren Alter wird der St.-Cl.-Mastoideus in Narkose subkutan durchtrennt, der Hals gleich kräftig redressiert und Kopf, Hals und Brust in richtiger, möglichst überkorrigierter Stellung des Halses mittels eines stark wattierten Verbandes fixiert, den wir so anlegen, daß von der Brust über den Kopf zum Rücken schräg ziehende Schleifen mit queren abwechseln und mit gestärkten Binden abschließen. Die Nachbehandlung besteht im Tragen einer überkorrigierenden Kravatte und in Übungen.

Mit dem Klumpfuß eines Neugeborenen wird man bald fertig, wenn man ihn gleich in Angriff nimmt. Solange die Haut keinen Druck verträgt, macht die Mutter nach Anleitung täglich wiederholte korrigierende Umdrehungen. Nach 8—14 Tagen kann man schon mit Flanellbindeneinwicklungen in redressierendem Sinne beginnen; sehr bewährt sich dabei in der Folge ein Heftpflasterstreifen, der über den Flanellverband, die korrigierte Stellung erhaltend, gespannt wird. Eine dem Venelschen Schuh nachgeahmte Sandale mit Riemchen und abstehender äußerer Federschiene beendet die Behandlung lange bevor das Kind zu laufen anfängt.

Ist der Klumpfuß bereits fixiert, nachdem er nicht rechtzeitig in Behandlung genommen worden, muß achillotomiert und redressiert

werden. Zur Erhaltung des Resultats legen wir eine mit abstehendem Hohlschienchen verbundene Blechsohle an, die wir mit weichen Binden anbringen. Sie ist praktischer, leichter und handlicher als Gips und erleichtert sehr die Kontrolle.

Festgetretene, starre Klumpfüße späterer Jahre weichen erst genau berechneten Keilexzisionen aus dem Tarsus mit Nachbehandlung mittels Klumpfußstiefeln. Kongenitale Luxationen (vorwiegend der Hüfte) nehme man sofort in Angriff, sobald das Kind ganz bettrein ist (vom 2. Lebensjahre an). Schon nach dem 7. Jahre können sich erhebliche Repositionsschwierigkeiten ergeben, die nach dem ersten Dezennium mit großen Ausnahmen ganz unüberwindlich werden. Doch kann in einzelnen dieser Fälle durch forcierte Herabholung der Extremität und Nagelung der Kapseltasche mit länger fortgesetzter Extension (in der Folge Gehapparat) — nach Gussenbauer — wesentliche Besserung der Gelenksfestigkeit der Extremität und des Ganges erzielt werden, wovon ich mich selbst überzeugt habe. — Der Eingriff ist jedenfalls lebensgefährlicheren, größeren vorzuziehen. —

Von den übrigen, auf Wachstumshemmung oder Exzeß beruhenden Extremitätenmißbildungen eignen sich nur wenige zur Operation: Polydaktylie, Syndaktylie mäßigen Grades. Kürzen kann man immer, verschmächtigen selten, verlängern kaum einmal! —

Bei allen übrigen kongenitalen Mißbildungen, deren Beseitigung durch eingreifende Operationen möglich ist, muß vor allem die Frage beantwortet werden, ob sich der vorgefundene Defekt mit der Fortdauer des Lebens verträgt. Eine Anal- und Rektal-Atresie, ein geborstener oder zu bersten drohender Nabelschnurbruch müssen sofort operiert werden. Es sind dankbare Operationen. Wohl steht die Frage in bezug auf die kongen. Ösophagusdefekte und gewisse Darmaplasien gleich; doch sind derlei Neugeborene kaum lebensfähig und sind unsere Bemühungen, auch solche Kinder am Leben zu erhalten, bisher alle gescheitert. Auch die mit Spina bifida und gewissen Formen der Encephalocele behafteten Neugeborenen sind recht hinfällige, vielfach auch anderweitig mißgestaltete Wesen; doch ist bei vorsichtiger Auswahl hier und da ein Fall durch Operation zu retten. Bei ausgebreiteten Lähmungen operiert heute wohl niemand mehr. Auch die Myelocystocelen und große Hirnbrüche bleiben ein Noli me tangere. Dagegen sind einzelne Myelo-Meningocelen mit unwesentlicher Beteiligung des Rückenmarks und Encephalocelen mit weniger wichtigen Hirnteilen, sowie reine Meningocelen für Operation zugänglich. Hier und da wird allerdings ein postoperativer Hydrocephalus die Freude des augenblicklichen Erfolges trüben. Die aus postanalen Resten des Canalis neur-entericus hervorgehenden teratoiden Sakral- und Coccygealtumoren (zystisch und solid oder gemischt) sind meist gut begrenzte Geschwülste, die ohne große Schwierigkeiten exstirpiert werden können. (Schluß folgt.)

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

B. Salge, Ein Beitrag zur Frage der tuberkulösen Infektion im ersten Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 1.) Anatomische Tuberkulose und tuberkulöse Infektion dürfen nicht identifiziert werden. Letztere kann vorhanden sein, ohne daß es noch zu anatomischen Veränderungen gekommen ist. Der Nachweis der Bazillen aus dem lebenden Blut ist schwierig wegen der großen Menge des dazu erforderlichen Blutes; so versuchte S. es mit der biologischen Methode, und zwar untersuchte er bei einer wahllos zusammengestellten Anzahl von Säuglingen und älteren Kindern das betreffende Serum des Kindes auf seine agglutinierende Wirkung gegenüber Tuberkelbazillen.

Die nach Koch angesetzte Emulsion wurde versetzt mit dem klaren Serum im Verhältnis von 1:5, 1:10, 1:20. Als Kontrolle diente 1. ein Röhrchen mit Emulsion, 2. ein Röhrchen, welches Serum und die zur Herstellung der Emulsion verwendete $0{,}85\,^0/_0$ ige Kochsalzlösung mit $0{,}5\,^0/_0$ Karbol im Verhältnis von 1:5 enthielt. Die Mischungen kamen auf 24 Stunden in den Brütschrank bei 37°. Die Kontrollen mußten unverändert sein; bei positiver Reaktion sieht man am deutlichsten in dem Röhrchen mit der stärksten Serumkonzentration eine deutliche Flockenbildung. Der Unterschied gegenüber der Kontrolle ist besonders deutlich beim Umschütteln.

Es ergab sich nun bei 10 Untersuchungen von Nabelschnurblut ein negatives Resultat. Von 80 untersuchten Kindern zeigten 20 eine positive Reaktion. Von diesen 20 waren 8 älter als 1 Jahr, 12 Säuglinge. Die angeführten Krankengeschichten zeigen bei den Fällen mit positivem Ausfall in einzelnen Fällen eine Bestätigung durch die anatomische Untersuchung, in anderen nicht.

Die Agglutination der Tuberkelbazillen ist zum Nachweis vorhandener anatomischer tuberkulöser Veränderungen nicht zu brauchen, sie wird sogar bei ausgebreiteter Tuberkulose auch negativ ausfallen können. Die Bedeutung des positiven Ausfalls der Reaktion besteht lediglich in dem Nachweis der erfolgten Infektion mit Tuberkelbazillen und des begonnenen Kampfes gegen diese. Fälle, in denen der biologische Nachweis der tuberkulösen Infektion zu erbringen ist, ohne daß man anatomisch hier etwas nachweisen kann, lassen doch annehmen, daß die Infektion oft schon im Säuglingsalter erfolgt, und daß sie nicht gleich zu anatomischen Veränderungen führen muß.

Die Fälle mit negativem Ergebnis, 60 im ganzen, betreffen 40 Kinder unter 3 Monaten, dabei auch gesunde Ammenkinder. Ein Kind von mehr als 1 Jahr, bei dem die Reaktion negativ ausfiel, litt an allgemeiner Miliartuberkulose. Auffällig ist das durchweg negative Ergebnis bei allen Kindern unter $^1/_4$ Jahr.

Verf. ist der Ansicht, daß bei der Inkongruenz der Resultate irgend welche besonderen Schlüsse überhaupt noch nicht gezogen werden können.

Hecker.

A. N. Schkarin, Über Agglutination bei Skrofulose. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 1.) Fortsetzung der Untersuchungen von Salge, wobei besonders Fälle einbezogen wurden, bei denen eventuell eine Beziehung zur Tuberkulose bzw. tuberkulösen Infektion angenommen werden konnte. Es wurden untersucht 1. Kinder mit Symptomen der exsudativen Diathese (Czerny); 2. Kinder mit Skrofulose (im Sinne Heubners): Drüsenschwellungen, starke Ekzeme, Phlyktänen usw.; 3. Fälle mit manifester klinischer Tuberkulose: Phthisis pulmonum, Meningitis tuberculosa, Spondylitis, Miliartuberkulose usw.; 4. Kinder mit verschiedenen Erkrankungen, die jedoch klinisch nicht tuberkulös anzusehen waren.

Die 24 Fälle von exsudativer Diathese ergaben nur in 25% positiven Ausfall des Agglutinationsphänomens. Die 41 Fälle von Skrofulose dagegen in 62,5% positiven Ausfall. Die Fälle der dritten Gruppe zeigten in 78,9% positive Agglutination des Tuberkelbazillus. In 14 Fällen der vierten Gruppe war nur zweimal deutliche Agglutination vorhanden.

Verf. schließt daraus, daß während das Blutserum von kranken, aber nicht klinisch tuberkulösen Kindern das Agglutinationsphänomen nur ausnahmsweise zeigt, die tuberkulösen Kinder in der größten Zahl der Fälle positiv reagieren. Kinder mit exsudativer Diathese verhalten sich ebenso wie die kranken, nicht tuberkulösen Kinder. Im Gegensatz dazu stehen die skrofulösen Kinder mit positiver Agglutination in 62% der Fälle. In bezug auf ihr Verhältnis zur Agglutination müssen demnach Kinder mit exsudativer Diathese im Sinne Czernys von der skrofulösen Gruppe Heubners gesondert werden.

Hecker.

Fritz Lange, Der plastische Ersatz des Glutaeus medius und minimus. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 272.) Zum plastischen Ersatz des Glutaeus medius und minimus zog L. bei 4 Patienten mit vollständiger Lähmung aller Unterschenkelmuskeln und Lähmung des Glutaeus medius und minimus den Vastus externus heran, dessen oberer Ansatz unterhalb des Trochanter major am Femur losgelöst und durch Seide so verlängert wurde, daß er am Darmbeinkamm, und zwar an einer ebenso großen Fläche wie der Glutaeus medius, angreifen konnte. Ein Längsschnitt, in der Mitte des Oberschenkels beginnend, legte die obere Hälfte des Vastus externus frei. Ein weiterer bis auf die Knochen dringender Schnitt verlief, von der Spina anterior superior beginnend, am Darmbeinkamm entlang, bis zum vorderen Rande des Glutaeus maximus. Die Blutung ließ sich durch Kompression stillen. Dann wurde der obere Ansatz des Vastus externus, der in einem spitz zulaufenden Muskelbauch endet, vom Trochanter major abgelöst, und der Muskel auf etwa 6—8 cm Länge mit 8—10 doppelten Seidensträngen durchflochten. Dieser Strang von Seidenfäden wurde durch das subkutane Fettgewebe zur oberen Wunde herausgeführt. Nun erfolgte die Vernähung von je einem Doppelfaden am Darmbeinkamm. Die erste Sehne wurde dicht hinter der Spina am Knochen festgenäht, die zweite Sehne einige Zentimeter weiter nach hinten und so fort,

so daß die seidenen Sehnen vom oberen Ende des Vastus externus an strahlenförmig wie die Fasern des Glutaeus medius verliefen. Die Vernähung geschah periostal, wenn die Nadel einen festen Halt an den Weichteilen fand. An Stellen, wo die Knochenhaut sehr dünn war, hat L. den Rand des Darmbeinkammes durchbohrt und die Seide durch die Bohrlöcher geführt. Nachdem alle Seidenfäden versorgt waren, wurde das Bein in eine Abduktionsstellung von etwa 140° gebracht; bei dieser Stellung wurden die Seidenfäden angespannt und am Knochen fest verknotet. Dann folgte die Naht der Hautwunde, Drainage der Wunde mit Sublimatdocht (für 48 Stunden) und Gipsverband, bei extremer Abduktion und mittlerer Streckstellung. Bettlage für 4 Wochen. Nach 6—8 Wochen wurde der Verband entfernt und eine abnehmbare Zelluloidstahldrahtbandage, die das Becken und die Oberschenkel umfaßte und das Bein in einer Abduktionsstellung von etwa 150 fixierte, angelegt. Gleichzeitig wurde mit aktiven Abduktionsübungen unter Widerstand begonnen, um eine recht kräftige Umwachsung der Seide mit Sehnengewebe zu erzielen. Dabei wurde aber jede passive Adduktionsstellung des Beines ängstlich vermieden. 4 Monate nach der Operation wurde zunächst stundenweise die Bandage fortgelassen und das Gehen ohne Apparat erlaubt. Nach einigen weiteren Monaten wurde auf den Gebrauch des Apparates vollständig verzichtet.

Bei 3 Patientinnen sind die zahlreichen Seidenfäden eingeheilt geblieben und funktionieren seit 10, 11, 15 Monaten als neue Sehne des Vastus. Alle 3 Patientinnen vermögen mit ihrem neuen Abduktor das Bein, wenn sie auf der gesunden Seite liegen, hochzuheben; man fühlt dabei die straffe Anspannung der neuen Sehne. Jedoch ist die Kraft der neu erzielten Abduktion noch bei keiner Patientin so groß wie auf der gesunden Seite. 2 Kranke, welche sich vorher nur mit Stöcken fortbewegen konnten, vermögen ohne Stock zu gehen und eine dieser Patientinnen vermag sogar kurze Strecken fast ohne Hinken zu gehen.

Bei einer Patientin, einem 5jährigen Mädchen, entwickelte sich 6 Wochen nach der Operation ein Abszeß; die Fäden mußten schließlich entfernt werden.

Joachimsthal (Berlin).

Friedrich Pels-Leusden, Klinische, pathologisch-anatomische und radiologische Studien über Exostosis cartilaginea multiplex. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 86. Heft 5 u. 6. S. 434.)

Nach P.-L., der das Krankheitsbild der Exostosis cartilaginea multiplex bei 10 männlichen und weiblichen Kranken in den verschiedensten Lebensaltern beobachtet hat, kann man sich das Wachstum der Exostosen so vorstellen, daß an der Peripherie der Verknöcherungszone Knorpelteile in eine falsche Wachstumsrichtung nach außen hin geraten oder gedrängt werden. Diese Knorpelteile machen neue Verwandlungen durch, welche den bei der normalen endochondralen Ossifikation außerordentlich gleichen, und produzieren einen Knochen, dessen Compacta mit der Compacta des Mutterknochens und dessen Markhöhle mit der ursprünglichen Markhöhle im Zusammenhang steht und stehen muß. Die Wachstumsrichtung geht immer nur nach einer Seite; es bildet sich nicht wie im Knorpel der Epiphyse ein zentraler

Knochenkern, vor welchem der benachbarte Knorpel in radiärer Richtung von dannen flieht. Damit soll aber keineswegs gesagt werden, daß nur die peripheren Teile der Wucherungszone pathologisch wachsen; andere von einzelnen Autoren und auch von P.-L. allerdings nur makroskopisch und am Röntgenbilde beobachtete Erscheinungen deuten vielmehr mit Sicherheit darauf hin, daß der Intermediärknorpel in seiner ganzen Flächenausdehnung abnorme Eigenschaften besitzt. Es ist das erkennbar an dem vielfach beobachteten unregelmäßigen Verlauf der Epiphysenlinie, der starken Zunahme des Querdurchmessers der Knochen im Bereiche der Metaphyse, der mangelhaften Entwicklung der kompakten und der porösen Beschaffenheit der spongiösen Substanz in der Nähe der Verknöcherungszone. Unregelmäßiges Wachstum in der zentralen Partie der Verknöcherungszone kann, das liegt auf der Hand, nicht zu Knochenvorsprüngen, sondern nur zu Schrägestellungen, zacken-, bogen- und wellenförmigen Biegungen der Epiphysenlinie führen, da hier ein Ausweichen nach der Seite hin nicht möglich ist. Im allgemeinen scheint sich die Wachstumsfähigkeit des Knorpelüberzuges der Exostosen zu erschöpfen, sobald sie vollständig durch den nachwachsenden Knochen von der Epiphyse losgelöst sind. Bei der Bildung des Stiels beteiligt sich das Periost zweifellos. Gewöhnlich sieht man an der Knochengrenze der Exostosen einen fast unmittelbaren Übergang von Knorpel in Knochen in der Weise, daß die Gefäße des Markraums in die eröffneten Knorpelhöhlen, deren Zellen meist zugrunde gehen, eindringen und unter Bildung einer Osteoblastenschicht eine feine Knochenlamelle an der zugrunde gehenden Knorpelgrundsubstanz anlagern. Von der letzteren werden nur gelegentlich kleine Teilchen durch den von beiden Seiten andrängenden Knochen isoliert und bilden kleine Knorpelinseln in der Nähe der Verknöcherungszone, aber auch nur in dieser, die aber wohl meist zugrunde gehen oder der Ossifikation anheimfallen, möglicherweise, sicher aber nur selten, zu wuchern beginnen und dann Enchondrome oder Osteoenchondrome liefern. Joachimsthal (Berlin).

E. Neter, Zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 37.) Es handelte sich bei dem 9 Monate alten Kinde nur um eine abnorme Verlängerung der Flexura sigmoidea ohne nennenswerte Dilatation.

Der Fall zeigt wieder, daß vielleicht diejenigen Recht haben, welche das Wesentliche der Hirschsprungschen Krankheit in einer abnormen Verlängerung des S-romanum erblicken, die Dilatation (und Hypertrophie) aber als sekundär, nicht kongenital ansehen. Grätzer.

A. Hammesfahr, Über einen Fall von doppelseitigem Chylothorax traumaticus. (Aus dem Herz-Jesu-Hospital in Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 38.) H. beschreibt folgenden Fall:

„Es handelte sich um einen 10jährigen Jungen, der beim Rodeln unter ein Pferd gekommen war und einen Huftritt in die Gegend des linken Sternoklavikulargelenks bekommen hatte. Der Befund, der am 6. II. 07, 5 Tage nach dem Unfall, aufgenommen wurde, besagt im wesentlichen:

Schlecht genährter und nur mäßig entwickelter Junge von 10 Jahren; im Winkel zwischen Sternum und linker Klavikula gelbe und bläuliche Verfärbung, geringe Schwellung und geringe Druckempfindlichkeit; keine Krepitation an Sternum, Klavikula oder erster Rippe, im Röntgenbild dieser Gegend keine Fraktur oder Splitterung zu erkennen. Hochgradige Zyanose der Lippen und der Nase, auffallende Blässe des übrigen Gesichtes; Atmung schwer unter Anspannung aller Hilfsmuskeln; über der ganzen linken Thoraxhälfte absolute Dämpfung hinten wie vorn, Herzgrenze nach oben und links nicht festzustellen; Spitzenstoß 3 Finger breit nach außen vom rechten Sternalrand: also sehr starke Verdrängung des Herzens nach rechts. Auf der rechten Seite handbreiter Dämpfungsbezirk hinten unten, sonst überall hell; Stimmfremitus links überall, rechts im Bereich der Dämpfung aufgehoben; Atemgeräusch links nirgendwo zu hören, rechts hinten unten stark abgeschwächt, deutlich nur rechts hinten oben und rechts vorne. Puls klein, 140 in der Minute, Temperatur im Rektum mittags gemessen 37,4. Die Diagnose konnte zunächst nur lauten: Erguß in beiden Pleurahöhlen. Welcher Art war der Erguß? Ein Empyem konnte es nach dem Verlauf der Erkrankung und nach dem Befunde nicht sein; ein Hämatothorax? Möglich, trotzdem eine Rippenfraktur nicht nachweisbar war. Die Probepunktion war erst aufklärend: Chylus in beiden Pleurahöhlen. Daß es sich um echten Chylus handelte, sah man auf den ersten Blick: die Flüssigkeit sah aus wie Vollmilch. Eine Untersuchung im physiologischen Institute stellte einen Fettgehalt von 2,95% fest. Behandlung: Mit Bülauscher Drainage wurden aus der linken Pleurahöhle 2 Liter Chylus, mit einer Aspirationsspritze aus dem rechten Pleuraraum ca. $^3/_4$ Liter Chylus entfernt. Die Drainage links ließ H. 24 Stunden weiter wirken, und es entleerte sich noch in dieser Zeit ein Liter Chylus langsam in das Standgefäß. Dann hörte der Abfluß völlig auf, der Schlauch wurde entfernt, und eine neue Ansammlung trat weder in der rechten noch in der linken Pleurahöhle ein. Es lag also wohl keine vollständige quere Durchtrennung des Duktus vor, sondern seine Wandung hatte nur einen Einriß gehabt, der sich schließen konnte, so daß der Chylus wieder in seine gewohnte Bahn gezwungen wurde. Daher auch der weitere günstige Verlauf: Der Junge erholte sich schnell und war nach 8 Tagen als wiederhergestellt zu betrachten.

Über das Zustandekommen dieses doppelseitigen Chylothorax hat sich H. folgende Vorstellung gemacht: Stumpfe, doch kräftige Gewalteinwirkung auf die Gegend des linken Sternoklavikulargelenks, infolge dessen Verletzung des hier in die Vena subclavia einmündenden Duktus nicht weit von seiner Mündung; gleichzeitige Verletzung der linken Pleurakuppe durch dieselbe Gewalteinwirkung; der Chylus ergoß sich nun größtenteils in die linke Pleurahöhle, ein Teil aber nahm den Weg in das hintere Mediastinum und wurde nun von hier in die rechte Pleurahöhle getrieben in der oben geschilderten Weise durch Ansaugung. Diese Vorstellung würde auch die erhebliche Differenz der Chylusmengen zwischen links und rechts erklären: durch einen Riß in der Pleura kann sich natürlich mehr ergießen, als durch die feinen Stomata angesaugt werden kann.

Die Diagnose war ohne Probepunktion nicht zu stellen: man denkt zunächst nicht an eine Duktusverletzung, obwohl man Bedenken gegen die Diagnose Empyem oder Hämatothorax hat; in H.s Falle sprach gegen Empyem Entstehung und Verlauf der Erkrankung und das Fehlen einer Temperatursteigerung, gegen Hämatothorax das Fehlen einer Fraktur, gegen beides die Doppelseitigkeit des Ergusses. Die Probepunktion wirkte schnell klärend: schon die makroskopische Betrachtung des Ergusses ließ keinen Zweifel darüber, daß es sich um echten Chylus handelte. Grätzer.

Kownatzki, Zur Verbreitungsweise des Pemphigus neonatorum. (Aus der Univers.-Frauenklinik der Charité.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 39.) K. zeigt den Verbreitungsweg bei einer in der Anstalt beobachteten Endemie, bei der die Übertragung durch die Hand der Pflegerin sehr prägnant hervortrat. Grätzer.

A. Prior, Ein Fall von Wismutintoxikation bei interner Darreichung von Magisterium Bismuti. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Greifswald.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 39.)

Einem 2½ Wochen alten Kinde wurden wegen eines Darmkatarrhs 10 g Magisterium Bismuti verschrieben, wovon es 3stündlich eine kleine Messerspitze voll erhalten sollte. Die Mutter gab dem Kinde die 10 g innerhalb 36 Stunden! Die Haut des Kindes nahm eine grünlich-graue Farbe an, Lippen, sowie die ganze Mund- und Gaumenschleimhaut erschienen tief blauschwarz. Diese Erscheinungen verschwanden schon nach 2 Tagen, dagegen entstanden am harten Gaumen einige seichte Schleimhautdefekte, die durch schwache Höllensteinpinselungen sich rasch beseitigen ließen. Einige Tage fanden sich Spuren von Eiweiß im Harn.

Dieser Fall, der ein so junges Kind betraf, zeigt wieder, daß die Wismutvergiftung im allgemeinen harmloser Natur ist. Grätzer.

H. Flörcken, Der Processus vermiformis als Inhalt eines Nabelbruches. (Aus der Würzburger chirurg. Klinik.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 41.) Sehr interessanter Fall, ein 5jähriges Kind betreffend. Grätzer.

J. P. Naab (Biebrich a. Rh.), Ein Beitrag zur Ätiologie der Perityphlitis. (Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 42.) N. stellte Untersuchungen an, die ohne Zweifel einen innigen Zusammenhang zwischen Perityphlitis und Fleischkost erkennen lassen; beider Kurven bewegen sich stets in gleichem Sinne, ob man ganze Völker miteinander vergleicht, oder innerhalb desselben Volkes verschiedene Volksklassen. Auch daß Kinder in den beiden ersten Lebensjahren trotz der Häufigkeit der Enteritis nur selten von Perityphlitis befallen werden, könnte auf die fleischlose Ernährung zurückgeführt werden. Das allmählich häufigere Auftreten im ersten Dezennium fällt wieder genau mit der in diesem Alter langsam gesteigerten Fleischernährung zusammen. Worin die schädigende Wirkung dieser besteht, darüber lassen sich nur Vermutungen anstellen. Jedenfalls muß in der energischen Einschränkung der Fleischnahrung ein wichtiger Faktor zur Verhütung der Perityphlitis gesucht werden. Grätzer.

R. Emmerich (München), Die Pyozyanose als Prophylacticum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrank-

heiten. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 45 u. 46.) In den Zellen des Bacillus pyocyaneus ist ein sehr wirksames bakterienauflösendes Enzym als unlösliches Zymogen enthalten und gelangt bei der Auflösung derselben als lösliches Enzym in die Kulturflüssigkeit. Dieses Enzym, Pyozyanase genannt, läßt sich in bakterienfreier, konzentrierter Lösung gewinnen, wenn man die abgelaufene, etwa 3 Wochen alte Kultur durch Berkefeldfilter filtriert und im Vakuum auf $^1/_{10}$ Volumen konzentriert. Die so gewonnene Pyozyanaselösung ist nun imstande, nicht nur die Zellen des Bacillus pyocyaneus, sondern auch Diphtheriebazillen, Cholera-, Typhus-, Pest- und Milzbrandbazillen, Strepto- und Staphylokokken, Gonokokken abzutöten und aufzulösen, und zwar in sehr kurzer Zeit große Mengen; sie vernichtet auch die Bakterien der Säuglingsgrippe und die Meningokokken.

E. beschäftigt sich zunächst mit der Diphtherie. Wie die Untersuchungen ergaben, ist der rasche Erfolg und die Zuverlässigkeit der Pyozyanasebehandlung der Diphtherie — der gewöhnlichen und komplizierten, septischen — durch folgende Einzelwirkungen bedingt:

1. die Diphtheriebazillen vernichtende Wirkung der Pyozyanase, durch welche die Diphtheriebazillen in der Membran und in der Schleimhaut abgetötet werden;

2. die entwicklungshemmende Wirkung der Pyozyanase, infolge deren eine Vermehrung der noch nicht abgetöteten Diphtheriebazillen auf der Schleimhaut und Membran nicht mehr erfolgen kann;

3. die Diphtheriegift bindende Wirkung der Pyozyanose;

4. die Membran auflösende, trypsinähnliche Wirkung des proteolytischen Enzyms der Pyozyanaselösung;

5. die abtötende und entwicklungshemmende Wirkung der Pyozyanase gegenüber dem Streptococcus pyogenes und Staphylococcus pyogenes aureus;

6. durch eine spezifische, die Restitution der Schleimhaut unterstützende, vielleicht chemotaktische Heilwirkung.

Dem diphtheriekranken Kinde werden mittels des Escherichzerstäubers 3—4 ccm erwärmter Pyozyanase kräftig in den Rachen gestäubt, was 2 mal hintereinander seitens des Arztes geschieht. Je öfter die Pyozyanase am ersten und zweiten Behandlungstage eingestäubt wird, um so rascher wird dem in bedenklichem Fortschreiten begriffenen Prozesse Einhalt geboten; derselbe schreitet nicht mehr weiter und bildet sich rasch zurück. Auch bei sehr schweren Fällen genügt ein 3 maliger Besuch des Arztes, wenn bei jedem 2 mal in Intervallen von 5—10 Minuten energisch Pyozyanase bestäubt wird, um den diphtherischen Prozeß zum Stillstand, und wenn dies an den folgenden Tagen konsequent wiederholt wird, zur raschen Rückbildung zu bringen.

In der Grazer Universitäts-Kinderklinik wurde die Behandlung so durchgeführt, und Dr. K. Zucker faßte das Ergebnis wie folgt zusammen:

1. Foetor ex ore verschwand in kurzer Zeit;

2. die Körpertemperatur erreichte nur relativ niedere Grade und fiel bald zur Norm ab;

3. das Allgemeinbefinden hob sich in kurzer Zeit und war schon am 2. Tage der Behandlung ein relativ recht günstiges;

4. die pseudomembranösen-fibrinösen Rachenbeläge verschwanden ziemlich rasch am 3. oder 4. Behandlungstage.

In sehr schweren Fällen wurden Pyozyanase- und Serumbehandlung kombiniert und so günstige Resultate erzielt.

E. teilt nun einige Krankengeschichten seiner zahlreichen mit Pyozyanase behandelten Fälle von komplizierter — septischer — Diphtherie mit, welche beweisen, daß diese Therapie auch bei Streptokokken- und Staphylokokkenkomplikation lebensrettende Wirkung entfaltet. 6 Fälle von Diphtherie und Krupp mit Streptococcus- und Staphylococcus pyogenes aureus-Komplikation, bei denen trotz wiederholter Injektion von Heilserum nur ganz vorübergehende Besserung, dann aber eine sehr bedenkliche Zunahme der Krankheitserscheinungen zu beobachten war, wären wahrscheinlich letal ausgegangen, wenn nicht noch rechtzeitig die Pyozyanasebehandlung zur Ausführung gekommen wäre.

Der wesentliche Fortschritt, welcher in der Diphtherietherapie durch die Pyozyanase erzielt wird, dürfte eben darin bestehen, daß durch dieselbe in Zukunft auch jene schweren Fälle von komplizierter Diphtherie rasch und sicher geheilt werden können, welche bisher oft zum gangränösen Zerfall der Rachenorgane, sowie durch ihre jauchigen Zersetzungsprodukte zu schwerer Vergiftung und durch die Streptokokken- oder Staphylokokkenallgemeininfektion zur allgemeinen Sepsis führten.

Grätzer.

Engel und **Bauer,** Erfahrungen mit der v. Pirquetschen Tuberkulinreaktion. (Aus der akadem. Klinik f. Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 37.) Die Verff. geben folgendes Resumée ihrer Untersuchungen:

„Fassen wir das Ergebnis der Beobachtungen zusammen, so können wir sagen, daß wir von einem engen Zusammenhang zwischen Pirquetscher Reaktion und Tuberkulose im allgemeinen überzeugt sind, nicht aber davon, wenigstens nicht bei den Säuglingen, daß eine positive Reaktion mit Sicherheit auf Tuberkulose schließen lasse. Für Untersuchungen über die Ausbreitung der Tuberkulose wird die Methode gewiß noch gute Dienste leisten, für die diagnostisch schwierigen Grenzfälle haben wir jedoch kaum etwas gewonnen, da die Impfung eine geringere Sicherheit der Beurteilung zu gestatten scheint wie die probatorische Tuberkulininjektion. Gerade beim Säugling, wo eine gute Tuberkulinreaktion am wertvollsten ist, hat uns aber die Impfung nach Pirquet im Stiche gelassen." Grätzer.

Erh. Schmidt, Ein Fall von akuter eitriger Osteomyelitis des Unterkiefers nach Trauma. (Aus dem Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt.) (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 37.) Der 15 jährige Patient bekam mit geballter Faust einen Schlag an die linke Gesichtshälfte, und hier traten 2 Tage später die ersten Erscheinungen der Affektion auf, die sich dann durch ihren akuten Verlauf, Schwellung der befallenen Unterkieferhälfte, Lockerung und Ausfall der Zähne dieser Seite, aus deren Alveolen reichlich Eiter entleert

wurde, sowie durch die Röntgogramme als Osteomyelitis charakterisierte. Die Infektion erfolgte zweifellos von der Mundhöhle aus. Der schnelle Ausfall der Zähne läßt vermuten, daß wenigstens einzelne von ihnen durch das Trauma gelockert worden sind. So war es den im Munde stets vorhandenen pathogenen Keimen leicht möglich, in dem gelockerten Alveolarperiost nach den Markräumen des Unterkiefers vorzudringen, wo sie in herdförmigen Blutungen, die sehr wahrscheinlich ebenfalls durch das Trauma entstanden waren, geeigneten Nährboden fanden.

Grätzer.

H. Finkelstein, Zur diätetischen Behandlung des konstitutionellen Säuglingsekzems. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 37.) F. kam auf Grund seiner Studien und Versuche zu dem Ergebnisse, daß es die Molkensalze in der Nahrung sind, die auf das konstitutionelle Ekzem einen ungünstigen Einfluß ausüben, und daß man durch salzarme, aber gleichzeitig eiweiß- und fettreiche Kost heilend einwirken könne. Er empfiehlt daher folgendes Regime: 1 Liter Milch (oder ein anderes, dem Alter des Kindes angemessenes Quantum) wird mit Pegnin oder Labessenz ausgelabt; von der Molke wird der größere Teil beseitigt, $^1/_5$ (auf die Menge des verwendeten Milchquantums berechnet) mit Haferschleim auf das ursprüngliche Volum aufgefüllt. Das derbe Gerinnsel wird, um es feinflockig zu machen, durch ein feines Haarsieb gerührt, mehrfach durch Aufschwemmung mit Wasser gewaschen und dann der Molken-Schleimmischung zugesetzt, dazu kommen 20—40 g Streuzucker (kein salzhaltiges Zuckerpräparat wie z. B. Soxhlets Nährzucker!). Das Ganze stellt eine sämige Suppe dar, die von den Kindern gerne genommen wird; es enthält die Gesamtmenge des Kaseines und Fette der verwendeten Milch, aber nur den fünften Teil der Molkensalze. So wurden 5 Fälle von schwerem Ekzem behandelt, Kinder, die schon monatelang krank gewesen und ohne Erfolg mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden waren. Jetzt trat sehr bald Besserung und Heilung ein, ohne äußerliche Medikation (allerdings beschleunigte Applikation einer 1 $^0/_0$ igen Teerzinkpaste die Heilung). Aber Dauerheilung ließ sich nicht erzielen, was ja natürlich, da die konstitutionelle Anomalie bestehen blieb. 10 bis 14 Tage nach Aufhören der Therapie traten Rezidive ein. Um solche zu vermeiden, wird man weiter möglichst salzarme und an organischen Nährstoffen reiche Diät geben müssen, in erster Linie wird die Beigabe einfacher Mehle und sonstiger Zerealien sowie von Obst in Betracht kommen, während Gemüse und Fleisch in der üblichen Zubereitung nur in kleinen Mengen anwendbar erscheinen und Fleischbrühe gar nicht ratsam ist.

Nachteile, insbesondere Entwicklung von Rachitis infolge solcher längere Zeit fortgesetzter salzsarmer Kost, sind solange nicht zu befürchten, als es gelingt, die Nahrung so zu gestalten, daß ein ganz langsamer Gewichtsanstieg statthat; darin liegt eine gewisse Bürgschaft, daß dem Körper soviel Mineralstoffe zugeführt werden, daß der vorhandene Bestand nicht angegriffen und eine regelrechte Anbildung neuer Körpersubstanz ermöglicht wird. Grätzer.

P. Scharff (Stettin), Über Urticaria symptomatica infantilis und ihre Behandlung mit Ichthyol. (Therap. Monatshefte, Oktober 1907). Verf. wendet seit 17 Jahren bei dem Leiden Ichthyol an, das ihn nie im Stich gelassen hat, indem es das Jucken in hervorragendem Maße beseitigt.

Über die Applikationsart sagt Verf. folgendes:

„Die einfachste Form seiner Anwendung auf die nesselkranke Haut ist eine Lösung des Ichthyols in Wasser. Da es sich darum handelt, einen günstigen, beruhigenden Einfluß auf das gereizte Blutgefäßsystem im verkleinernden, verengernden und verkürzenden Sinne und eine Nervenberuhigung auszuüben, so genügt bei der kindlichen Haut eine 5—10 %ige wäßrige Lösung weitaus, um den lästigen Juckreiz schon am gleichen Tage erheblich zu mildern, ja oft ihn ganz zum Verschwinden zu bringen. Da aber eine solche rein wäßrige Lösung beim Eintrocknen Spannungsgefühle auf der zarten Oberhaut hervorruft, so setzt man zweckmäßig 5 g Glyzerin auf 100 g der Lösung zu. Mit diesem Präparat läßt man den Körper der Kinder 2 mal täglich abreiben und mit Kartoffelmehl darüber pudern. Einen ähnlichen Effekt erzielt man durch Einschäumen der Haut mittels einer 10 %igen Ichthyolseife, am besten der von Unna angegebenen überfetteten. In denjenigen Fällen, in welchen es sich darum handelt, etwa aus äußeren Gründen, z. B. auf Reisen, die Ichthyolwirkung auf längere Zeit wirksam zu gestalten, verschreibt man eine Ichthyolkühlsalbe etwa nach der Formel: Rp.: Ichthyoli Ammon. 10,0, Adipis lanae 20,0, Vaselini flavi 40,0, Aq. destillatae ad 100,0 oder den Unnaschen Ichthyolfirnis (Stärke 40,0, Ichthyol 40,0, flüssiges Hühnereiweiß 1,0 bis 1½ [oder Albuminlösung], Wasser zu 100,0), welcher sich besonders zum Betupfen sehr hartnäckiger Stellen empfiehlt. Die innere Anwendung des Ichthyols ist in gleicher Weise gerechtfertigt für die rein reflektorischen Formen, für welche die Dentitionseruptionen das Hauptbeispiel bilden, wie für die durch Autointoxikation hervorgerufenen. Auf erstere wirkt es durch seine spezifische Kraft, das peripherische Nervensystem zu beruhigen, und bei der zweiten Gruppe wirkt es so recht im ätiologischen Sinne, weil es den Gärungsprozessen im Darme entgegenarbeitet, Stauungen und Katarrhe günstig zu beeinflussen vermag und schließlich infolgedessen auch stuhlregulierend wirkt. Am eklatantesten hilft Ichthyol gewöhnlich da, wo die Gesamtkonstitution gewisse Mängel erkennen läßt, wie Mattigkeit, schlechte Verdauung, unruhiger Schlaf, abnorme Magerkeit und Hautanämie. Dabei ist es ein Mittel, welches von jung und alt ohne Schaden und ohne eine Kontraindikation ununterbrochen genommen werden kann. Man darf schon dem Säugling, wenn nicht einfache diätetische Maßnahmen die Verdauungsstörungen beseitigen, ohne Furcht von einer 10 %igen wäßrigen Ichthyollösung 3 mal täglich 10 Tropfen geben, dem dreijährigen Kinde 3 mal täglich 10 Tropfen von einer 30 %igen Lösung, dem sechsjährigen von Ichthyol, Aq. ana 3 mal täglich 5 Tropfen. Merkwürdigerweise habe ich beobachtet, daß manche Kinder diese für den Erwachsenen gewiß nicht angenehm schmeckenden Tropfen nicht nur nicht widerstrebend nahmen, sondern dieselben sogar als „Kuchenmedizin“ noch öfter verlangten, als vor-

geschrieben war. Einen in einigen Fällen doch vorkommenden Widerwillen besiegt man unschwer durch einige Kunstgriffe, indem man bald eine Belohnung in Gestalt eines Schokoladenplätzchens aussetzt, bald sich des Malzextraktes nach Trommer oder der Schiffsmumme als Vehikel bedient. In anderen Fällen mischt man es mit Pfefferminztee oder Schokolade oder verschreibt es in der folgenden Mixtur:

Ichthyol Amm.	10,0
Aq. Menthae piperitae . . .	80,0
Sirup. simplic.	20,0

DS.: 10 Tropfen bis einen Kaffeelöffel voll in einem Glase Wasser zu nehmen, von dem in zwei Absätzen zu trinken ist. — Auch das Ichthalbin als Pulver oder mit Kakaopaste gemischt kommt hier in Betracht."

Grätzer.

S. Fuss u. B. Boye, Über kongenitale Unwegsamkeit der Leberausführungsgänge. (Virchows Archiv. Bd. 186. Heft 2.) Ein 4 Monate alter Knabe wurde mit starkem Ikterus in die Klinik aufgenommen. Anamnestisch keine Lues, keine hereditäre Belastung. Seit dem vierten Lebenstage des Kindes bemerkte die Mutter eine gelbe Färbung der Haut und Augäpfel, die aber möglicherweise schon früher bestand. Der erste nach der Geburt abgegangene Stuhl sah nicht wie Pech, sondern gelb aus. Er wurde dann immer heller und soll dann weiß ausgesehen haben. Die Entleerungen geschahen träge und mußten künstlich unterstützt werden. Der Urin soll eine dunkle Farbe gehabt und die Windeln stark befleckt haben. Eine Urinuntersuchung konnte äußerer Umstände halber nicht vorgenommen werden. — Die klinische Beobachtung ergab nichts Besonderes. Eine Organerkrankung war nicht nachweisbar, nur bestand dauernd eine starke tympanitische Auftreibung des Leibes.[1]) Die klinische Diagnose wurde auf Stenose der Gallengänge gestellt, die durch die Sektion bestätigt wurde. Durch die makroskopische und mikroskopische Untersuchung wurde festgestellt, daß die Gallenblase vorhanden ist. Der Ductus cysticus und hepaticus sind teilweise vorhanden, doch endet letzterer blind vor seiner Einmündung in den C. choledochus, dessen Einmündung in den Darm gleichfalls nicht nachgewiesen werden konnte. — Außer einer hypertrophischen Leberzirrhose fanden sich keine weiteren Organveränderungen. — Verff. nehmen als Ursache einen Bildungsfehler und nicht eine intrauterine Entzündung an. Bennecke (Jena).

Max Tièche, Über benigne Melanome („Chromatophorome") der Haut — „blaue Naevi". (Virchows Archiv. Bd. 186. Heft 2.) T. hatte Gelegenheit, in relativ kurzer Zeit 17 mal kleine, seit der Kindheit bestehende, gutartige, blaue Pigmentflecke zu beobachten, die möglicherweise mit den als Rassemerkmal mongolischer Stämme beschriebenen Flecken in Beziehung stehen. Er kommt zu folgendem Schlusse: „Es gibt auch bei der weißen Rasse in nicht sehr seltenen Fällen Flecke, die durch ihre mehr oder weniger dunkelblaue Farbe auffallen, welche wegen ihrer Stabilität und Benignität klinisch den

[1]) Therapie: Verband. Hydrargyrum jodatum flavum 0,01 pro die ohne Erfolg.

Eindruck von Naevis machen, welche histologisch durch die tumorartige Ansammlung von großen Pigmentzellen vor allem in den mittleren und tieferen Teilen der auch sonst in ihrer Struktur nicht normalen Cutis charakterisiert sind und sich somit von den anderen wohl bekannten Pigmentflecken der Haut scharf unterscheiden." Er nennt sie vorläufig benigne Melanome bzw. Chromatophorome oder auch blaue Naevi.

Bennecke (Jena).

H. Schlöss, Zur Kenntnis der Ätiologie der angeborenen und frühzeitig erworbenen psychischen Defektzustände. (Psych.-neurol. Wochenschrift. 1907. Nr. 48.) Verf. berücksichtigte 300 Anamnesen (150 Knaben, 150 Mädchen) und prüfte die Ätiologie des geistigen Defektzustandes. In den meisten Fällen handelte es sich um eine Mehrzahl von Ursachen, und es war oft schwer, die wesentliche Ursache zu konstatieren, die auslösende Ursache von den vorbereitenden Momenten zu trennen. Erbliche Belastung durch Geisteskrankheit oder nervöse Erkrankung der Eltern fand sich höchst selten als einzige und alleinige Ursache angeborener geistiger Defektzustände. In den wenigen Fällen, in denen eine solche Belastung als alleinige Ursache angenommen werden durfte, fand sich beim Vater oder bei der Mutter gleichfalls ein angeborener oder in früher Jugend erworbener Intelligenzdefekt vor.

Neben der Belastung kamen folgende ätiologische Momente in Betracht: intrauterine Schädigung des Kindes durch physisches oder psychisches Leiden der schwangeren Mutter, Anomalie der Geburt (Frühgeburt, schwere oder protrahierte Geburt, Asphyxie), Eklampsie, Epilepsie, Trauma capitis, Infektionskrankheiten, Rachitis.

Handelte es sich um erbliche Belastung durch Trunksucht der Eltern, so lag in allen Fällen Belastung von väterlicher Seite vor. Die Kinder von Trinkern neigen zu eklamptischen Anfällen, meist im Anschluß an das Zahnen, dieselben werden dann die Ursache bleibenden intellektueller Schwäche.

In seltenen Fällen führt eine schwere Tuberkulose der Eltern, zumal eine solche der schwangeren Mutter, zu angeborener geistiger Defektuosität des Kindes.

Zuweilen leiden mehrere Geschwister an konvulsiven Zuständen mit folgender geistiger Defektuosität ohne irgend ein belastendes Moment seitens der Aszendenz. Trotzdem muß in solchen Fällen eine gemeinsame Belastung der Geschwister angenommen werden.

Zuweilen überspringt erbliche Belastung ganze Generationen. Blutverwandtschaft der Eltern scheint an und für sich kein belastender Faktor zu sein. Nur bei Vorhandensein eines belastenden Momentes von Vaters oder Mutters Seite ist Blutsverwandtschaft der Eltern eine Gefahr für die geistige Integrität der Nachkommenschaft, namentlich wenn eine konvergierende Belastung vorliegt.

Eklampsie und Epilepsie sind nicht selten, wenn eine intrauterine Schädigung der Frucht stattgefunden hatte, solche Kinder werden auffallend häufig mit Hydrozephalus geboren.

Alkohol, in früher Kindheit gegeben, schädigt natürlich die geistige Entwicklung.

Ein anormaler Geburtsverlauf (Zange, lange Geburt, Asphyxie) ist allein und an und für sich nur selten Ursache angeborener geistiger Defektuosität.

Der ledige Stand der schwangeren Mutter ist nur insofern in Betracht zu ziehen, als er oft Gemütsverstimmungen, Entbehrungen, Not, Elend der Mutter veranlaßt.

Hereditäre Lues fand sich nur in einem einzigen Falle. In diesem Falle war aber gleichzeitig konvergierende erbliche Belastung und angeborener Mangel der Schilddrüse vorhanden.

Angeborener Hydrozephalus ist oft kombiniert mit Rachitis.

Bei 4 Mädchen lag angeborener Mangel der Schilddrüse und Myxödem vor, zugleich Rachitis. Thyreoidin brachte körperliche und geistige Besserung, besonders körperliche.

Unter 5 Mikrozephalen waren alle erblich belastet, in 2 Fällen war außerdem eine intrauterine Schädigung des Kindes vorhanden.

Meningitis in der Ätiologie der Defektzustände ist fraglich.

Infektionskrankheiten führen entweder unmittelbar zu geistigem Verfall oder sie geben zu eklamptischen Anfällen oder Epilepsie Anlaß, welche dann ihrerseits Schwachsinn bedingen.

Das zweite und dritte Lebensjahr scheint in bezug auf die geistige Integrität das am meisten gefährdete Alter für Infektionskrankheiten zu sein. Besonders gefährlich ist der Keuchhusten infolge seiner Kombination mit Meningitis, Eklampsie, intrakraniellen Blutungen; besonders gefährdet sind Kinder, die im intrauterinen Leben oder bei der Geburt geschädigt wurden, oder rachitisch sind.

An das Impfen schloß sich in zwei Fällen Eklampsie und darauf folgende Verblödung an, eines dieser Kinder war hydrozephal, das andere hatte viel Bier und Wein zu trinken bekommen.

Operationen (Nasenpolypen usw.) sowie Gemütserschütterung können bei vorhandener Disposition zum dauernden geistigen Zerfall führen. Ein Schädeltrauma in den ersten Lebensjahren gefährdet die Intelligenz des Kindes dann am meisten, wenn irgend welche andere Umstände vorliegen, die dem durch das Trauma ausgelösten geistigen Zerfall den Boden gewissermaßen vorbereitet haben.

Gastro-intestinale Störungen, Ekzeme, Obstipationen, Infektionskrankheiten, das Impfen und das Zahnen können eklamptische Anfälle bei disponierten Kindern auslösen. Der 6.—8. Lebensmonat (Zeit der Dentition) ist hierfür das gefährdetste Alter.

Überstandene eklamptische Anfälle begünstigen ganz besonders die Disposition zu späterer Epilepsie.

Die Ursachen der angeborenen und frühzeitig erworbenen geistigen Defektzustände faßt Verf. am Schluß seiner Arbeit in folgende sechs große Gruppen zusammen:

1. Erbliche Belastung.
2. Schädigungen der Frucht durch physische oder psychische Schädigung der schwangeren Mutter.
3. Anomalien der Geburt.
4. Angeborene körperliche Erkrankungen oder angeborene körperliche Defektzustände.
5. Erworbene körperliche Erkrankung.



6. Impfung, Operation, Trauma capitis, Intoxikation, psychischer Affekt.

In der weitaus größten Häufigkeit aller Fälle (26,3 %) sind eklamptische Anfälle die auslösende Ursache bleibender Geistesschwäche.

In etwa der Hälfte der Fälle war die bleibende Intelligenzschwäche nicht angeboren, sondern erst in den ersten Lebensjahren erworben. Kurt Mendel (Berlin).

H. v. Schrötter, Notiz zur Technik der direkten Bronchoskopie. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1907. Heft 5.) Die Anwendung von Rohren kleinen Kalibers, wie sie bei der Bronchoskopie häufig erforderlich sind, begegnet beträchtlichen Schwierigkeiten wegen der durch die Enge des Rohres bedingten mangelhaften Beleuchtung. Diese wird noch weiter beeinträchtigt dadurch, daß eingeführte Extraktionsinstrumente, wenn sie auch noch so grazil gebaut sind, den Lichteinfall noch mehr behindern. v. Sch. will das Extraktionsinstrument, um diesen Übelstand zu vermeiden, mit dem Tubus verbinden und den Tubus selbst zum Greitinstrumente machen. Zu diesem Zwecke hat er an den Enden des Rohres zwei nach außen federnde Pinzettenbranchen anbringen lassen, die mittels einer ringförmigen Manschette durch Druck von oben geschlossen werden können. Beim Einführen des Rohres müßten die Branchen geschlossen sein, wobei man noch den Vorteil hat, durch den konisch wirkenden Ansatz einen Mandrin zu umgehen. Das Modell soll in technischer Hinsicht noch nicht vollständig fertig sein, doch wollte v. Sch. die Idee eines solchen Rohres wenigstens fixiert haben, um andere zu ähnlichen Konstruktionen anzuregen. A. Sonntag.

Weigelin, Eitrige Hornhautentzündung mit Diplobazillenbefund bei einem 2 Monate alten Kind. (Aus der Univers.-Augenkl. Tübingen.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. August—September 1907.) Differentialdiagnostisch kamen in Betracht: Eitrige Hornhautentzündung, durch die massenhaft vorhandenen Morax-Axenfeldschen Diplobazillen verursacht, oder Keratomalacie mit zufälligem Nebenbefund von Diplobazillen. — Für ersteres sprechen vor allem der rasche Erfolg der Zinktherapie (Ausspülungen mit $^1/_2$ %iger Zinksulfatlösung 2mal täglich, sowie häufiges Eintropfen einer 1 %igen Zinksulfatlösung), ferner die starke Sekretion, das Fehlen von Xerosis, der relativ gute Allgemeinzustand und die schnelle Besserung.

Wenn Verf. sich zugunsten der ersteren Auffassung entscheidet, so ist die Annahme naheliegend, daß die vorübergehende Ernährungsstörung die Widerstandskraft der Cornea gegen Infektionserreger herabgesetzt hatte und daß dadurch eine derart zerstörende Wirkung der Diplobazillen möglich wurde. Sommer (Mayen).

E. Buch, Über posttraumatische Sarkomatose im jugendlichen Alter. (Dissertation. München 1906.) Bei der heute noch herrschenden Unklarheit über die Ätiologie der Geschwülste und bei der nicht nur wissenschaftlich, sondern auch praktisch immer mehr an Bedeutung gewinnenden Frage des Kausalzusammenhanges zwischen Trauma und Tumor wertvolle Mitteilung eines klinisch gut beob-

achteten Falles bei einem 3jährigen Knaben. Die Beobachtung erfüllt insofern die von Jordan aufgestellten Bedingungen, als das Kind in ärztliche Beobachtung kam, noch bevor eine Geschwulst sichtbar war; es hat sich dann die Sarkomatose entwickelt, und zwar entspricht die Haupttumormasse in ihrer Lokalisation genau der Stelle der stattgehabten Gewalteinwirkung, an der zu zweifeln kein Grund vorliegt. Die Zeit zwischen dem Trauma — zweimaliger Fall auf die Nase und die vorstehenden Partien des Os frontale — und Auftreten der Geschwulst stimmt mit der Entwicklungszeit des betreffenden Tumors überein und beträgt 14 Tage, nach Statistiken von Löwenthal und Förster für die Sarkomentwicklung post trauma keine ungewöhnlich kurze Zeit. Sie findet sich in der Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle. Es handelt sich um ein Sarkom der Diploë des Schädels mit Einwucherung in die Schädelhöhle und in die basalen Schädelknochenhöhlen und multiplen Metastasen in den mandibularen, cervikalen und retroperitonealen Lymphdrüsen, im Periost der Thorakalknochen und in der Leber. Die Sarkome des Schädeldaches scheinen also eine besonders ungünstige Prognose zu bieten.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

J. Barthel und **R. Hartl,** Zur Biologie des Perlsuchtbazillus. (Aus dem patholog.-anatom. Institute in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1907. Nr. 36.) Auf Grund der angestellten Versuche werden folgende Schlüsse gezogen:

„Tuberkelbazillen des Typus bovinus (Kossel, Weber, Heuss) werden in Organgeweben — Milz, Mesenteriallymphdrüsen, Leber, Lungen und Nieren normaler Kaninchen nach intravenöser Injektion, kurze Zeit vor dem Tode — längere Zeit bei 37° steril trocken eingeschlossen, soweit beeinflußt, daß sie, mit den Organgeweben an Meerschweinchen verimpft, sich avirulent erweisen.“

Ob hierbei noch lebensfähige Tuberkelbazillen in den Organstückchen eingeschlossen enthalten sind, können wir nicht mit Bestimmtheit entscheiden, da uns eine Kultur nicht gelang. Aber wir können es als wahrscheinlich betrachten, da ja Bartel und Neumann, ferner Neumann und Wittgenstein bei ihren analogen Versuchen mit Tuberkelbazillen des Typus humanus (Kossel, Weber, Heuss) positive Kulturresultate erzielen konnten.

„Diesem die Virulenz abtötenden Einflusse der Organgewebe gegenüber ist zu konstatieren, daß eine gleiche oder ähnliche Beeinflussung durch die Einwirkung des Blutes nicht zu erzielen ist.“

Wir müssen demnach zur Überzeugung gelangen, daß Tuberkelbazillen des Typus bovinus wie des Typus humanus bezüglich ihres biologischen Verhaltens nach der in Rede stehenden Richtung ein übereinstimmendes Verhalten erkennen lassen. Grätzer.

F. Hamburger, Zur Kenntnis der Tuberkuloseinfektion im Kindesalter. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1907. Nr 36.) Über die Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter, sowie über die Letalität der Tuberkulose in den einzelnen Kinderperioden geben folgende von H. gebrachte Tabellen Aufschluß:

Tabelle I.

Häufigkeit der Tuberkulose bei den sezierten Kindern.

Alter	0—3 Monate	4—6 Monate	7—12 Monate	2 Jahre	3—4 Jahre	5—6 Jahre	7—10 Jahre	11—14 Jahre	Summe
Anzahl der Tuberkulösen	105	73	140	179	175	67	65	44	848
Anzahl der Sektionen	4	13	32	74	102	38	41	31	335
Tuberkulose in Prozenten	4	18	23	40	60	56	63	70	ca. 40

Tabelle II

veranschaulicht die Häufigkeit der „latenten Tuberkulose" bei Kindern, die an nichttuberkulösen Krankheiten gestorben sind („Minimalzahl").

Alter	0—3 Monate	4—6 Monate	7—12 Monate	2 Jahre	3—4 Jahre	5—6 Jahre	7—10 Jahre	11—14 Jahre	Summe
Zahl der an nichttuberkulösen Krankheiten Gestorbenen	102	60	114	126	106	44	37	28	617
Davon Tuberkulose als Nebenbefund	0	0	5	22	33	15	13	15	103
Tuberkulose in Prozenten	0	0	4,5	17	30	34	35	53	17

Tabelle III.

Letalitätsverhältnisse.

Alter	0—3 Monate	4—6 Monate	7—12 Jahre	2 Jahre	3—4 Jahre	5—6 Jahre	7—10 Jahre	11—14 Jahre
Tuberkulose überhaupt	4	13	32	74	102	38	41	31
Davon letal	4	13	27	51	69	23	28	16
Letalität in Prozenten	100	100	80	70	67	60	68	50

Tabelle IV
zeigt die Häufigkeit ausgeheilter Tuberkulose in den einzelnen Perioden des Kindesalters.

Alter	0—3 Monate	4—6 Monate	7—12 Monate	2 Jahre	3—4 Jahre	5—6 Jahre	7—10 Jahre	11—14 Jahre	Summe
Tuberkulose	4	13	32	74	102	38	41	31	335
Davon ausgeheilt	0	0	0	0	7	4	7	10	28
in Prozent	0	0	0	0	7	10	17	33	ca. 8,5

Was die vermutlichen Infektionswege der Tuberkulose betrifft, so mögen folgende Sätze aus den Ausführungen H.s wiedergegeben werden:

„Da nun in allen 172 Fällen mit positivem Tuberkulosebefund in den Bronchiallymphdrüsen bzw. Lungen die tuberkulösen Veränderungen entweder auf diese beschränkt waren oder in ihnen als die ältesten imponierten, keinesfalls aber derart waren, daß die tuberkulösen Veränderungen in Mesenterialdrüsen bzw. Darm oder in Halsdrüsen anscheinend älter als in den Bronchialdrüsen waren, so ergibt sich von vornherein der Schluß, daß die isolierte, intestinale Tuberkuloseinfektion bei den Kindern in Wien praktisch kaum in Betracht kommt."

„Ob das Fehlen bzw. die enorme Seltenheit der isolierten Darmtuberkulose bei den Kindern Wiens mit der hier allgemein verbreiteten Sitte zusammenhängt, daß die Kinder fast ausnahmslos gekochte Kuhmilch trinken, wage ich nicht zu entscheiden.

Wenn wir nun auch im Verlaufe von 4 Jahren, ich nehme jetzt noch die von Sluka und mir veröffentlichten Zahlen zu Hilfe, unter 335 tuberkulösen Kinderleichen in Wien keinen einzigen sicheren Fall von primärer Intestinaltuberkulose finden konnten, so soll damit nicht bestritten werden, daß in Wien primäre Intestinaltuberkulose vorkommt. Ja, es ist sogar möglich, daß unter den hier mitgeteilten Fällen einige primär vom Darme ausgehende Tuberkulosen waren; aber mit Sicherheit nachgewiesen konnte kein solcher Fall werden, weil eben keine isolierte Darm- bzw. Mesenterialdrüsentuberkulose zur Beobachtung kam.

Noch viel weniger soll bestritten werden, daß in anderen Städten oder Gegenden die primäre Intestinaltuberkulose relativ häufig vorkommen mag."

Grätzer.

D. Pospischill, Das Scharlachherz. (Aus dem k. k. Wilhelminenspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 37.) P. gelangt zu folgenden Schlüssen:

Das Herz scharlachkranker Kinder erkrankt oft in charakteristischer Weise. Es tritt Spaltung des ersten Tones und ein Reibegeräusch wie bei Perikarditis auf. Die Erkrankung ist als myokarditische aufzufassen.

Dieser Befund ist vorwiegend ein initialer.

Er ist diagnostisch verwertbar und ermöglicht die Erkennung rudimentärer Scharlachfälle.

Grätzer.

L. Moll, Zur Kenntnis der Kolizystitis und ihrer Komplikationen (Kolimeningitis) bei Säuglingen. (Aus der Kinderklinik der Landesfindelanstalt in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 39.) Was die Entstehungsweise der Zystitis im frühen Kindesalter anbelangt, so ist hier vieles Hypothese. Die vielen klinischen Erfahrungen lassen verschiedene Möglichkeiten zu, auf welchem Wege die Bakterien in den Harn gelangen, wie und wann sie eine Entzündung der Schleimhaut der Harnwege hervorrufen können. Vorwiegend sind es drei Möglichkeiten, welche hier in Betracht kommen:

1. Die schon von Escherich festgestellte und namentlich von französischen Autoren bestätigte Tatsache, daß die Zystitis im Kindesalter vorwiegend Mädchen betrifft, spricht dafür, daß die Bakterien von außen durch die Harnröhre eindringen, wozu gerade die anatomischen Verhältnisse des weiblichen Genitales eine begünstigende Gelegenheit geben.

2. Die Bakterien können auf hämatogenem Wege in die Niere bzw. Harnblase gelangen und dort zur Entzündung der Schleimhaut führen. Diese Möglichkeit ist jedoch klinisch nicht genügend gestützt. Die Blutuntersuchungen auf Bacterium coli fielen bei Kolizystitis fast immer negativ aus.

3. Die am meisten diskutierte Infektionsmöglichkeit ist die einer direkten Durchwanderung vom Darm aus. Diese Auswanderung der Bakterien aus dem Darm setzt aber eine Alteration oder Läsion der Darmschleimhaut voraus, da nach den Untersuchungen von Wreden und der französischen Autoren Welch, Marfan et Nann, Macaigne und Denys das Bacterium coli die normale Darmschleimhaut zu durchdringen nicht imstande ist.

M. beschreibt nun zwei Fälle, die in bezug auf Verlauf und Komplikation bisher nicht Beobachtetes zeigten.

Im ersten Falle handelte es sich um das plötzliche Auftreten einer schweren Kolizystitis bei einem 6 Wochen alten, männlichen, bis dahin gut gedeihenden und verdauungsgesunden Brustkind, an welche sich eine Kolimeningitis mit tödlichem Verlauf anschließt.

Bezüglich der Ätiologie dieser schweren Erkrankung lagen keine Anhaltspunkte für die erste oder dritte der obengenannten Entstehungsmöglichkeiten der Kolizystitis vor. Bemerkenswert ist zunächst, daß es sich um einen Knaben handelte, und daß, wie auch die Sektion erwies, der Magendarmkanal des Kindes ein gesunder war.

Nur ein Umstand sei noch bezüglich der komplizierenden Meningitis angeführt, der zwar nicht erklärend, doch immerhin erwähnenswert ist. Die Erkrankung des Kindes fiel in eine Zeit, in welcher in der Anstalt ein großer Überbelag war und in welcher sowohl bei den Ammen (phlegmonöse Anginen, Panaritien, Periostitiden usw.), namentlich aber bei Säuglingen zahlreiche Fälle von mit Eiterungen einhergehenden Infektionen zur Beobachtung gelangten.

Was den Verlauf der Erkrankung anbelangt, so ist zunächst der plötzliche Beginn derselben hervorzuheben. Unruhe, Fieber, lautes, gellendes, schmerzliches Schreien mit hoher Stimme bei Berührung oder Umwickeln, traten gleichzeitig mit einem alle Merkmale einer

Zystitis tragenden Harn auf und halten eine Woche an. Erst jetzt — nachdem sich gegen Ende der Woche die zystitischen Erscheinungen etwas gebessert hatten — traten meningeale Symptome auf, so daß aus dem zeitlichen Verlaufe mit Wahrscheinlichkeit die Zystitis als die primäre Erkrankung und die Meningitis als Komplikation derselben aufzufassen ist.

Interessant war das konforme Aussehen der mikroskopischen Präparate des Harnsedimentes und der Lumbalflüssigkeit. In beiden sah man sehr viele Eiterkörperchen mit den gleichen eingelagerten Stäbchen. Der Umstand, daß schon in vivo im Eiter des Rückenmarkkanales intrazellulär das Bacterium coli nachgewiesen wurde, läßt den Einwand, daß der kulturelle Nachweis desselben im Gehirn bzw. Rückenmarkeiter der Leiche auf eine postmortale Invasion zurückzuführen sei, als hinfällig erscheinen.

Die Verschiedenheit des bakteriologischen Befundes im Eiter der Paukenhöhle (Dipl. lanceolatus) spricht dafür, daß letztere nicht der Ausgang der Meningitis gewesen ist.

Bezüglich der Lumbalflüssigkeit ist zu bemerken, daß dieselbe beidemal das gleiche Aussehen hatte, langsam abfloß und eitrig getrübt war. Der erste Gedanke beim Anblick derselben, daß man es vielleicht mit einer Meningitis cerebrospinalis epidemica zu tun hätte, der noch bestärkt wurde, als man bei der mikroskopischen Untersuchung des gefärbten Aufstriches innerhalb der Leukozyten kokkenartige Gebilde wahrnahm, wurde jedoch hinfällig, als sich massenhaft freie und intrazelluläre Stäbchen nachweisen ließen und die intrazellulären kokkenartigen Gebilde mit Sicherheit als innerhalb der Leukozyten in Granula umgeformte Stäbchen sich nachweisen ließen. Es konnten alle Übergänge vom gutgefärbten Stäbchen bis zum Granulum aufgefunden werden. Der kulturelle Nachweis von Bact. coli in Reinkultur ließ dann weiter jeden Zweifel über die wahre Natur der Erkrankung schwinden.

Der klinische Verlauf der Meningitis zeigte keine Besonderheiten. Im Verhältnis zu den dicken und breiten Eitermassen, die das Gehirn umhüllten, waren die meningealen Symptome relativ gering. Es ist bemerkenswert, daß das Kind noch einen Tag vor seinem Tode die Brust nahm.

Im Anschluß an diesen Fall wird von M. ein zweiter angeführt, der deswegen Interesse beansprucht, als er ebenfalls ein gesundes, junges, verdauungsgesundes, männliches Brustkind betraf und bei welchem die sub 1 angeführte Infektionsmöglichkeit, d. i. auf dem Wege der äußeren Harnwege in Betracht kommt. Im Anschluß an eine mit eitriger Sekretion und Schwellung des Präputiums verbundene Balanitis entstand eine heftige, mit schwerer Störung des Allgemeinbefindens einhergehende Kolizystitis. Daß die aus therapeutischen Gründen vorgenommenen täglichen Ausspritzungen des Präputialsackes die Bakterien in die Harnblase gebracht und die Zystitis verursacht haben, ist wohl wahrscheinlich. Die Erkrankung war eine schwere und mit großen Schmerzen, Fieber, Unruhe, Störung der Verdauung und starker Gewichtsabnahme verbunden. Hervorzuheben ist die gute

Wirkung des Urotropins. Bemerkenswert der dauernde Gehalt des Harnes an Bakterien, auch noch zu einer Zeit, wo die klinischen Erscheinungen geschwunden waren und das Kind sich wesentlich erholt hatte. Grätzer.

Bernheim-Karrer, Säuglingsskorbut bei Ernährung mit homogenisierter Berner Alpenmilch. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 19.) Verf. sah in kurzer Zeit nacheinander 9 Kinder an Barlowscher Krankheit erkranken; sämtliche Kinder waren mit Berner Alpenmilch ernährt worden. Die Berner Alpenmilchgesellschaft brachte seit 1 Jahre ihre Milch nur noch in homogenisiertem Zustand in den Handel. Verf. glaubt, dem Homogenisieren der Milch die Schuld an den Erkrankungen beimessen zu müssen, und neigt der Ansicht Lecornus zu, daß die Milch bei den verschiedenen Manipulationen, welche sie im Laufe der Homogenisierung durchzumachen hat, allerhand Infektionen ausgesetzt ist und dabei mit toxischen, skorbutigenen Substanzen beladen wird. Das würde auch dem Verständnis näher rücken, warum nach der Ernährung mit einer zweiten von der Berner Alpenmilchgesellschaft gelieferten Spezialmilch, der Gärtnerschen Fettmilch, wobei die Milch ebenfalls eine komplizierte Behandlung durchzumachen hat, man den infantilen Skorbut wiederholt hat auftreten sehen. Über die Natur dieser toxischen Substanzen sind wir völlig im unklaren. Vielleicht sind sie bakteriellen Ursprungs. Grätzer.

Herman Lundgren (Schwede), Über die sogenannte akute Kinderlähmung in Växjö Provinzialbezirk im Jahre 1905. (Hygiea. 1906. Nr. 11.) Mitteilung über eine Epidemie von Poliomyelitis anterior acuta, die in Växjö Bezirk zu Schweden im Jahre 1905 herrschte. Die Abhandlung ist auf 403 Fälle gestützt. Die Inkubationsdauer war 8—10 Tage, dann folgte ein Prodromalstadium von 1—3 Tagen (Kopfschmerzen, oft Erbrechen, Nackenstarre, Rückenschmerzen, hohes Fieber, oft Obstipation, bisweilen Diarrhoe, kleine Kinder wurden somnolent, bekamen oft Zuckungen). Ab und zu dauerte die Krankheit nur wenige Tage, und ließ bloß einige Zeit Mattigkeit und Ermüdung nach; gewöhnlich entwickelten sich Lähmungen der Extremitäten, bisweilen verging den Patienten die Rede; es trat auch Blasenparese auf. Die Sehnenreflexe waren herabgesetzt oder schwanden. In einem Fall trat Sehstörung, in einem anderen Gehörstörung auf. Bisweilen nahmen die Lähmungen zu, und die Patienten starben an Lähmung der Respirationsmuskeln. In einzelnen Fällen starben die Patienten im Prodromalstadium. 10% starben, 25% bekamen bleibende Lähmungen. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Thorvald Kiär (Däne), Ein Fall von angeborenem totalem Mangel an permanenten Zähnen. (Hospitalstidende. 1907. Nr. 15.) Es handelte sich um einen 25jährigen Mann, der seine bleibenden Zähne nie gehabt hatte. Der Pat. wog bei der Geburt 4 kg, die Nägel fehlten sowohl an Händen als Füßen; die Mutter war während der Schwangerschaft gesund gewesen, hatte nie abortiert. Die Eltern verneinten Syphilis und Tuberkulose. In den ersten Lebensjahren war

er sehr klein und anämisch, entwickelte sich langsam. Er hatte die Masern und den Keuchhusten im dritten, die Diphtherie im neunten Lebensjahre ohne Komplikationen durchgemacht, hat nie an Kieferkrankheiten gelitten. Bei der Untersuchung fanden sich noch fünf Milchzähne in dem Oberkiefer; das Röntgenbild zeigte, daß weder Zahnkeime noch bleibende Zähne an den Kiefern vorhanden waren. Die Processus alveolares beider Kiefer waren atrophisch, der Unterkieferwinkel normal, maß ca. 90°. Die Ursache der Deformität muß eine Entwicklungsstörung im Fötalleben sein.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Louis Bramson (Däne), Pneumatische Einlegesohlen bei Plattfuß. (Hospitalstidende. 1907. Nr. 18.) Der Verf. empfiehlt zur Behandlung von Plattfuß pneumatische Einlegesohlen. Die Stiefel werden in der Höhlung der Fußsohle mit einem kleinen Luftkissen versehen, das ein weiches elastisches Lager für den abnormen Teil des Fußes bildet und gleichzeitig einen gleichförmigen Druck gegen denselben ausübt. Vermittels eines Luftschlauchs steht das Luftkissen in Verbindung mit einem hinter der Ferse angebrachten Ventil, so daß man das Kissen mit einer gewöhnlichen Radpumpe aufblasen kann. Die Hülle des Luftkissens besteht aus Streckleinwand und ist so eingerichtet, daß das Kissen an der inneren Seite des Fußes stärker als an der äußeren Seite aufgeblasen wird.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

González Alvarez, Zwei Fälle von sehr kurzer Immunität nach Masern. (Acad. de Medic. de Madrid, Sitzung vom 22. Juni 1907, Rev. de Med. y Cir. Práct. 22. August 1907.) Mitteilung zweier Fälle; ein 10 jähriges Kind mit neuer Masernerkrankung 10 Tage nach der Entlassung, und ein 8 jähriges Kind mit Neuerkrankung nach 9 Tagen. M. Kaufmann.

Gómez Ferrer, Das Groccosche Symptom bei den Pleuraergüssen der Kinder. (La Med. Valenc., ref.: Rev. de Med. y Cir. Práct. 21. August 1907.) Das Groccosche Symptom besteht bekanntlich in einer dreieckigen Dämpfung in den unteren medialen Partien der nicht vom Pleuraexsudat befallenen Seite. F. konnte bei 10—12 untersuchten Kindern mit linksseitigem Exsudat nur einmal die Dämpfung finden; in allen anderen Fällen konstatierte er sogar einen auffallend sonoren Perkussionsschall an der betreffenden Stelle.

M. Kaufmann.

J. Roux et **Roques** (Cannes), Des relations entre les végétations adénoïdes et la tuberculose. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Octobre 1907. Bd. XXV.) Die Verff. haben gesucht, die Koexistenz oder den Zusammenhang zwischen adenoïden Vegetationen und tracheo-bronchischen Drüsenschwellungen klarzulegen. Auf diese Weise wurde also auch die Verbindung, welche zwischen den erwähnten Vegetationen und der Tuberkulose besteht, einer näheren Untersuchung unterzogen. Es wurden alle Kinder mit adenoiden Vegetationen auf Schwellungen der Zervikal- und Tracheobronchialdrüsen untersucht und gefunden, daß bei allen eine solche Koexistenz festzustellen ist. Auf Grund der Erfahrungen anderer Autoren und

ihrer eigenen Befunde gelangen die Verff. zum Schlusse, daß die adenoiden Vegetationen die ersten Symptome einer tuberkulösen Invasion und die ersten Erscheinungen der Abwehr des Organismus darstellen.

E. Toff (Braila).

A. Bolintineanu et **C. Pastia** (Bukarest), Un cas d'omphalorrhagie chez un nouveau-né présentant une anomalie renale rare. (Revue mens. des malad. des l'enf. Octobre 1907.) Die Verff. beschreiben einen Fall von sekundärer Nachblutung, welcher tödlich endete, da derselbe erst spät in Behandlung kam. Interessant war aber der zufällig bei der Sektion gefundene abnorme Nierenbefund. Die linke Niere mangelte vollständig. Die rechte war hypertrophisch und gelappt. Dieselbe zeigte zwei Sinus, von denen der eine an der oberen Seite gelegen war und in einen Harnleiter endigte, der in den rechten Winkel des Blasentrigonums mündete. Aus dem unteren Sinus entsprang ebenfalls ein Ureter, der die Wirbelsäule kreuzte und in den linken Winkel des Trigonum vesicale mündete. Beide Ureteren bildeten, bevor sie in die Blase einmündeten, einen Ring, durch welchen das Ende des Beckenkolons hindurchging. In jeden der beiden beschriebenen Nierensinus drang je eine Nierenarterie ein, welche ihren Ursprung an der rechten Seite der Aorta nahm.

Vom praktischen Standpunkte hat der Fall insofern besondere Bedeutung, als gegebenen Falles, in einem ähnlichen, sicherlich durch die Ureterenkatheterisierung, oder durch die Teilung des Harnes in der Blase, das Vorhandensein zweier Nieren festgestellt worden wäre, was also ganz und gar nicht der Wirklichkeit entsprochen hätte.

E. Toff (Braila).

Louis Morquio (Montevideo), Sur la valeur de l'examen du lait dans l'allaitement au seir. (Archives de méd. des enf. Août—Septembre 1907.) Der Verf. beschäftigt sich in seiner ausführlichen Arbeit mit den Krankheiten, welche bei Säuglingen im Verlaufe des Stillens auftreten können, und gibt eine große Anzahl von chemischen Untersuchungstabellen der betreffenden Milch. Er gelangt zum Schlusse, daß man den Ergebnissen der chemischen Untersuchung auf die Qualität der betreffenden Frauenmilch als Säuglingsnahrung keinerlei Schlüsse ziehen kann und daß das Wohlergehen des Kindes das beste Kriterium für die Güte der betreffenden Milch darstellt. Es kommen Veränderungen in der Frauenmilch vor, die mit der chemischen Zusammensetzung gar nichts zu schaffen haben und trotzdem in nachteiliger Weise auf das Kind einwirken. Eine befriedigende Erklärung dieser Erscheinung ist noch ausständig.

E. Toff (Braila).

J. Brudzinski (Lodz), Pleurésie séro-fibrineuse chez les enfants et „signe du sou“. (Archives de méd. des enfants. Septembre 1907.) Der Verf. hebt den großen diagnostischen Wert des zuerst von Pitres, dann von Moussous und Ausset beschriebenen Münzenzeichens (signe du sou) bei seröser und eitriger Pleuritis der Kinder hervor. Dasselbe ist so charakteristisch, daß das Vornehmen einer Probepunktion überflüssig ist, falls man dieses Zeichen findet.

Dieses Zeichen besteht darin, daß man auf der kranken Seite das Ohr an die Thoraxwandung anlegt und an der entgegengesetzten Seite, oder jedenfalls an einer entfernteren Stelle eine Münze auf die Brustwand auflegt und mit einer anderen Münze auf dieselbe schlägt. Das auskultierende Ohr hört dann ein metallisches, bei größerem Exsudate silberhelles Geräusch, während über der gesunden Lunge dasselbe dumpf erscheint. Auch über der pneumonisch infiltrierten Lunge erscheint dasselbe dumpf, sogar viel dumpfer, als im gesunden Zustande.

Durch diese systematisch geübte Methode werden oft pleuritische Ergüsse aufgefunden, die einer sonstigen klinischen Untersuchung ganz entgangen wären, wie dies bei Ergüssen unter der Achsel und namentlich der rechten Achsel bei Kindern oft zu finden ist.

E. Toff (Braila).

Brelet, Plötzlicher Tod bei angeborener Lues. (La Clinique infantile. Januar 1907. Nr. 2.) Als das 2 Monate alte Kind in das Hospital gebracht wurde, bestanden bei ihm die unzweifelhaften Zeichen der angeborenen Lues: Coryza sero-purulenta und ein papulöses Exanthem auf Gesäß und Oberschenkeln. Es hatte bis dahin sechs Injektionen eines jodhaltigen Öls erhalten. Das Gewicht ging von 3 kg 150 auf 2 kg 970 herunter. 10 Tage später wurde es tot in der Wiege gefunden. Bis auf eine hypertrophische harte Milz wurden bei der Autopsie keine makroskopischen Veränderungen gefunden. Die Thymus war nicht vergrößert. — Manchmal werden diese Kinder schwächlich und verkümmert geboren und sind für einen frühen Tod bestimmt, andere wiederum, die, in guter Verfassung, zu gedeihen scheinen, sterben dann fast plötzlich, nach mehreren Tagen oder auch Wochen, ohne daß sie vorher deutliche Krankheitserscheinungen geboten hätten. In manchen dieser Fälle bleibt, selbst nach einer Autopsie, die Todesursache unaufgeklärt; der Tod erscheint mehr als das Resultat einer angeborenen Lebensschwäche, denn einer akzidentellen Krankheit zu sein. In einigen Fällen wurde eine interstitielle Pneumonie (Heller) gefunden, in anderen myokarditische Veränderungen (Berghinz).

H. Netter (Pforzheim).

Chambon, De la mort rapide dans la diphthérie. (L'Année médicale de Caen. April 1906. pag. 3.) 3 Fälle von diphtherischer Angina, deren fataler Ausgang charakterisiert ist durch fast identische Symptome bei allen 3 Kranken. Der erste Fall betrifft ein 10 jähr. Mädchen, das seit 3 Tagen an einer Angina litt. Am Morgen des vierten Tages ist der Rachen mit dicken Pseudomembranen tapeziert. Dabei Coryza muco-purulenta, Lymphadenitis cervicalis, Foetor ex ore. Temperatur 39°, Puls 120, Albuminurie, Facies pallida, Agitation, Schlaflosigkeit. 3 Seruminjektionen von je 40 ccm in 3 Tagen. Abstoßung des Belages am 5. Tage in kleinen Fragmenten, Nachlassen des Nasenausflusses, Besserung des Allgemeinzustandes. 9 Tage nach Beginn der Angina, 6 Tage nach der ersten Injektion, erscheint das Kind lokal geheilt. Aber der Puls, obwohl regelmäßig, behält bei einer Temperatur von 36° eine Frequenz von 120. Facies pallida, Anorexie, große Prostration. Am 10. Tag mittags plötzliches Übel-

befinden, Erbrechen, bleich-livides Aussehen, kalte Extremitäten, Puls verlangsamt, 32, regelmäßig, aber sehr schwach. Exitus 6—7 Stunden nach Beginn der Krise. 2. Kind von 3 Jahren, von gesunder Konstitution. Am 6. April 1905 Beginn einer Angina, die durch eine seit 2—3 Tagen bestehende Coryza muco-purulenta kompliziert ist. Belag auf der linken Mandel, im ganzen das Bild einer Allgemeinintoxikation im Beginn, Puls 130. Injektion von 20 ccm. Ausdehnung der Membranen bis zum folgenden Tag, zweite Injektion von 20 ccm, 24 Stunden nach der ersten. Am 9. lokaler Befund besser. 3 Tage nach der ersten Injektion Abstoßung der Pseudomembranen, jedoch bleibt der Puls beschleunigt (120—130) und der Allgemeinzustand schlecht. In der Nacht vom 10. zum 11. plötzliches heftiges und wiederholtes Erbrechen, blaß-livides Aussehen. Puls 50, Tod 5 Stunden nach Beginn. 3. $5^1/_2$ jähriges Kind von adenoidem Habitus mit einer am 9. April 1905 beginnenden Angina. Am 2. Tag Pseudomembranen, Lymphadenitis, 38,6°, Puls 120. 7 Tage später erscheint das Kind geheilt, aber es ist bleich, matt, mit frequentem, schwachem, leicht arrhythmischem Puls. 3 Tage später Erbrechen, Synkope, Pulsverlangsamung, Tod 16 Stunden später. Ein jüngerer Bruder, gleich am 1. Tag injiziert, wird gesund. Am Schluß seiner Mitteilung betont Verf. eindringlich die Wichtigkeit der Prüfung des Patellarreflexes und einer aufmerksamen Beobachtung des Pulses.

Nach der ganzen Schilderung gehören die beschriebenen Fälle in die, jene Fälle von Herztod umfassende Gruppe, wo die Erlahmung des Herzens rasch und zur Zeit des noch bestehenden oder eben abgeklungenen örtlichen diphtherischen Prozesses einsetzt, zu den Fällen von Frühlähmung des Herzens. H. Netter (Pforzheim).

Chaumel, Sarcome malin de l'ovaire, Pseudohermaphrodisme. (Gazette des hôp. 3. August 1907. Nr. 88; Soc. de chir. 31. Juli 1907.) Es handelt sich um einen 15 jährigen Matrosen, der plötzlich unter heftigen Leibschmerzen erkrankt war, die an eine Appendizitis denken ließen. Der Kranke war ein Pseudohermaphrodit mit allen äußeren männlichen Geschlechtscharakteren. Die später bei ihm vorgenommene Laparotomie zeigte, daß er zwar Ovarien hatte, aber keinen Uterus. Das Ovarium war in ein großes malignes Sarkom umgewandelt, dessen Rezidiv nach der Exstirpation nicht lange auf sich warten ließ.

H. Netter (Pforzheim).

W. Langford Symes, On a peculiar ontbreak of Erythema nodosum. (British Journal of Children's diseases. Juli 1907.) Daß das Erythema nodosum unter Umständen in epidemischer Form auftreten kann, zeigen die interessanten Mitteilungen des Verf.s, der unter anderem Arzt an einem großen Kinderheim in Dublin ist; der im besten Teil von Dublin gelegenen Anstalt werden sehr gute sanitäre Einrichtungen (große, luftige Schlafsäle usw.) und gute Verpflegung seiner Zöglinge vom Verf. nachgerühmt. In einem Trakt des Hauses kamen allein 12 Fälle kurz nacheinander zum Ausbruch. Soviel geht aus den Ausführungen hervor, daß die sonst als ziemlich trivial betrachtete Erkrankung einen ernsten und gefährlichen Charakter annehmen, daß sie, wie wir sehen, in epidemischer Form auftreten kann,

womit ihre infektiöse Natur um so wahrscheinlicher wird, daß, wie vier der Fälle lehren, im Verlauf des Erythema nodosum eine Endokarditis eintreten, und daß schließlich, wie ein genauer beschriebener Fall beweist, im Anschluß an das Erythema nodosum sehr rasch eine Meningitis sich entwickeln kann, die in dem betreffenden Fall in $2^1/_2$ Tagen tödlich verlief. Dieser letztere, übrigens nicht in dem Mädcheninternat vorgekommene Fall hatte für den behandelnden Arzt und den als Konsilarius hinzugezogenen Verf. darum eine besondere Bedeutung, weil zu der Zeit, als die Hausepidemie von Erythema nodosum zum Ausbruch gekommen war, in Irland Cerebrospinalmeningitis herrschte, in deren Symptomenfolge das Erythema nodosum das erste Glied sein kann. In 4 Fällen rezidivierte das Erythema nodosum, in einem Intervall von 4—14 Tagen.

H. Netter (Pforzheim).

J. D. Rollcston, Relapses in diphtheria. (British Journal of Children's diseases. 1907. Nr. 8.) Verf. kommt auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Rückfälle kommen in etwas mehr als 1 % aller Fälle von Diphtherie vor.
2. Sie sind weniger häufig als „Spättonsillitis“ in der Rekonvaleszenz von Diphtherie.
3. Sie erscheinen nicht vor der dritten Woche.
4. Die Häufigkeit des Serumexanthems nach Reinjektion ist größer, ihr Auftreten erfolgt früher und ihre Erscheinungen sind intensiver als gewöhnlich.
5. Rezidive müssen von Angina redux, Scharlachfieber und Spättonsillitis unterschieden werden.
6. Sie sind gewöhnlich milder als die primäre Attaque.
7. Rückfälle erfordern relativ kleinere Dosen Antitoxin.
8. Die Ursache der Rückfälle ist noch dunkel.

H. Netter (Pforzheim).

W. Winslow Hall, Tetanus mit Antitetanusserum behandelt. Heilung. (British medical Journal. 9. März 1907.) Der 8jährige Knabe präsentierte sich am 15. August 1906 mit Foetor ex ore, Schwellung der Zunge und Stomatitis. Am 18. Nackenstarre, Risus sardonicus. Kein Fieber. Neben Kalomel erhält er 25 cg Bromkali, 4stündlich. Am 20. Risus sardonicus noch deutlicher, Opisthotonus. Spülungen des Mundes mit Borwasser und Wasserstoffsuperoxyd. 25 cg Chloral und 40 cg Brom 2stündlich. Am 21. Dyphagie, Ulzerationen der Zunge und der Wangen, Trismus. Nachmittags Injektion von 60 ccm Tetanusserum. Am 22. Besserung, 23 Krampfanfälle statt 96 in den vorausgegangenen 24 Stunden; um 11 Uhr Injektion von 30 ccm Serum, Chloral und Brom weitergegeben. Am 23. hält die Besserung an, nur noch 22 Anfälle in 24 Stunden, kein Fieber, Zunge reiner. Neue Injektion von 30 ccm Serum. Am 24. ist das Kind lebhafter, in den letzten 24 Stunden nur noch 8 Anfälle. Am 25. nur noch 7. Am 26. überhaupt kein Anfall mehr in den letzten 24 Stunden. Im September ephemeres Fieber mit Urtikaria.

Heilung. Im ganzen wurden 120 ccm Serum verwendet. Die Ursache des Tetanus muß in diesem Falle offenbar im Mund gesucht werden.

H. Netter (Pforzheim).

H. Mackenzie, A case of cerebro-spinal meningitis or spotted fever Treatev by lumbar puncture and vaccine injections, with recovery. (Brit. med. Journ. 15. Juni 1907.) Das verwendete Serum stammt von Leonard Dudgeon und ist dargestellt aus Kulturen der Lumbalflüssigkeit. Es handelt sich um ein 6 jähriges Kind, das bis auf Masern im 2. Lebensjahr gesund gewesen war. Am 24. Januar 1907 schien das Kind noch ganz wohl zu sein, obwohl es am Abend vorher einen Schüttelfrost und Schmerzen in der linken Schulter hatte. Es frühstückte und ging in die Schule, aus der es um 11 Uhr wegen Kopfschmerzen nach Hause kam. Dieselben dauerten an, waren besonders in der Stirn heftig; am Nachmittag 2 maliges Erbrechen. Zwischen 7 und 8 Uhr abends Bewußtlosigkeit, Zittern der Hände, Delirien. Am 26. Januar, am 2. Krankheitstag, Überführung in das Hospital: komatöser Zustand, Zyanose, Dyspnoe, sehr schwacher Puls. Nackenstarre und Opisthotonus, Kernigsches Zeichen, Babinskisches Phänomen. Petechien und Ekchymosen. Photophobie, kahnförmiger Leib. Puls 144, Respir. 32. In der trüben Lumbalflüssigkeit werden polynukleäre und Meningokokken nachgewiesen. Gegen die Unruhe Chloral. Am 27. neue Petechien. Lumbalpunktion ohne Resultat. Besserung; keine neuen Petechien, Herpes labialis am 28., Puls 126, Temperatur 39°; im Nasenschleim Nachweis des Meningococcus. Am 29. Temperatur auf 37° gefallen. Neue Lumbalpunktion (15 ccm wenig gefärbter Flüssigkeit mit polynukleären Leukozyten und intrazellulären Meningokokken). Injektion des Serums; lebhafte Rötung mit Ödem in der Gegend des Einstiches. Vom 30. Januar bis 9. Februar schwankt die Temperatur zwischen 38 und 40°. Am 5. Februar Eisblase auf den Kopf. Chloral in wiederholten Gaben, ferner Kalomel. Lumbalpunktion am 31. Januar, 5. und 8. Februar. Am 7. Februar Wiederholung der Seruminjektion. Vom 9. Februar lytischer Abfall des Fiebers, das zum 16. und 17. zwischen 36 und 37° variiert. Deutliche Besserung. Zwei neue Lumbalpunktionen, am 14. Seruminjektion. Vom 17. Februar bis 6. März noch zuweilen Fiebersteigerung, 3 Lumbalpunktionen; am 26. Februar Wiederholung der Seruminjektion. Am 2. März 90 cg Aspirin. Am 8. eine Seruminjektion und am 23. die letzte. Am 29. März steht das Kind auf und verläßt Ende April geheilt das Hospital. Der Fall war sehr schwer; indem zwei Rückfälle eintraten. Jede Lumbalpunktion war von einer Erleichterung gefolgt. Bei neun Punktionen wurden ca. 255 ccm Flüssigkeit entnommen. 2 mal blieb die Flüssigkeit weiß; an Beginn war dasselbe sehr trüb, um dann klar zu werden um bei der vierten Punktion von neuem trüb zu werden, von da an blieb sie dann opaleszent oder klar. Verf. ist von dem Nutzen der Lumbalpunktion überzeugt, während er bezüglich der Wirksamkeit des Serums aus dem einen Fall keinen definitiven Schluß ziehen will.

H. Netter (Pforzheim).

H. M. Milligan, Cases of falminating cerebro-spinal fever. (Brit. med. Journ. 29. Juni 1907.) Eine in den Frühjahrsmonaten

voriges Jahres in Belfast herrschende Epidemie gab Gelegenheit zur Beobachtung sehr verschiedener Formen der Genickstarre. Es ließen sich unterscheiden die gewöhnliche Form, die leichte, die abortive, eine chronische, eine intermittierende, typhoide, rezidivierende, eine Purpuraform und eine foudroyante. Von letzterer werden 3 Fälle mitgeteilt. Der erste betrifft ein 6jähriges Kind, am 24. April 1907 4 Uhr nachmittags aufgenommen, erkrankt um 6 Uhr morgens mit Erbrechen, Agitation, Bewußtseinsverlust. Man findet ein Kind in tiefer Prostration, die Haut mit Petechien bedeckt; Puls 140, eitrige Konjunktivitis, leichte Nackenstarre, Kernigsches Zeichen, Extremitäten zyanotisch. Um 6 Uhr Spasmen in den Extremitäten und Gesicht, auf die rechte Seite beschränkte Konvulsionen, Cheyne-Stokessches Atmen, Zyanose. Tod um 8 Uhr abends. Dauer der Krankheit 14 Stunden. Befund bei der Autopsie: Eiter auf der Protuberanz, den Pedunkuli und Bulbus und im Verlauf der Gefäße, Liquor spinalis trüb, Ekchymosen auf Herz, Peritoneum usw. Kulturell: Diplococcus intracellularis meningitidis. — 2. 7jähriger Knabe am 11. Mai 1907 um 6 Uhr nachmittags aufgenommen, beim Morgenfrühstück kraftlos und ohne Bewußtsein zusammengesunken. Darauf epileptiforme Konvulsionen, Puls 164, Temperatur 39, Gesicht blaß, Extremitäten zyanotisch, Agitation, keine Starre des Nackens und der Glieder. Purpura auf Stamm und Extremitäten; Cheyne-Stokesscher Atmungstypus. 9 Uhr abends neue Konvulsion, Tod 10 Uhr 20 Minuten, nach 14—15stündiger Krankheitsdauer. Autopsie: Thymus etwas groß, mit einigen Petechien, das Herz von Purpuraflecken übersät, Schwellung der Payerschen Plaques und der geschlossenen Follikel an Leber, Milz und Nieren. Liquor cerebrospinalis trüb; auf dem Gehirn kein Eiter (Meningococcus). — 3. 4monatiger Knabe, 11 Uhr nachts am 4. Februar 1907 aufgenommen, seit 3 Uhr morgens krank. Agitation und unaufhörliches Geschrei. Nachmittags Purpura auf Stirn, Gesicht, Stamm und Gliedern. Nackenstarre, kein Kernigsches Zeichen. Ekchymosen der Konjunktiven, 2 Stunden post recept. 22 Stunden seit Beginn, Tod. Meningococcus. — Ähnliche, wenn auch nicht so foudroyant verlaufende Fälle finden sich beschrieben in einer Arbeit von Thomson und Stuart McDonald (Scottish med. and surg. Journal. März 1907.). H. Netter (Pforzheim).

Nestor I. Nastase (Bukarest), Der Wert der neuen experimentellen Methoden, um die Tuberkulose bei Kindern zu diagnostizieren. (Spitalul. 1907. Nr. 14.) Der Verf. hat auf der Klinik von N. Thomescu die Methoden von v. Pirquet und Calmette nachgeprüft und ist zu folgenden Schlüssen gelangt. Sowohl die kutane als auch die ophthalmische Tuberkulinreaktion kommen bei Tuberkulösen vor; die erstere kann aber in manchen Fällen ausbleiben, während die letztere immer auftritt, so oft es sich um Tuberkulose handelt. Angewendet wurde ein von Riegler im Laboratorium von Babes hergestelltes Glyzerintuberkulin und wurde für die Kutisreaktion eine Lösung von 1:4 und für die Ophthalmoreaktion eine solche von 1:10 in Anwendung gebracht. Um dem Einwande entgegenzutreten, daß ein Teil der Reaktion auf das Glyzerin der Tuber-

kulinlösung zurückzuführen sei, hat der Verf. bei seinen Patienten die gleichen Haut-, bzw. Augeninokulationen mit einer gleich starken Lösung von neutralem Glyzerin vorgenommen und gefunden, daß in keinem Falle von einer konstanten und ähnlichen Reaktion, wie solche durch das Tuberkulin hervorgerufen wird, die Rede sein kann.

E. Toff (Braila).

I. D. Ghiulamila (Bukarest), Das Gipsbett und dessen Anwendung in der Behandlung der Pottschen Krankheit. (Spitalul. 1907. Nr. 15.) Der Verf. ist ein eifriger Anhänger des Gipsbettes in der Behandlung der Wirbeltuberkulose und ist der Ansicht, daß durch dasselbe die Immobilisierung und Entlastung der kranken Teile viel besser erzielt wird, als durch Anwendung verschiedener Mieder und sonstiger Stützapparate. Die Anfertigung eines guten Gipsbettes unterliegt keinen Schwierigkeiten und kann dasselbe von jedem Arzte und wo immer rasch hergestellt werden. Der betreffende Patient wird auf dem Bauche derart gelagert, daß Schultern, Kopf und untere Extremitäten durch harte Polster gestützt und gleichzeitig etwas über die Unterlage emporgehoben werden. Nun werden Rücken, Seitenteile, eventuell auch Gesäß und Kopf mit doppelten, in Gipsbrei getauchten Mullbinden belegt und dieselben dem Körper enge angeschmiegt. Bei Kindern sind 4—6 Doppellagen, bei Erwachsenen oder größeren Kindern 6—8 vollkommen genügend. Nach Erhärten des Gipses können auch noch an der vorderen Seite Befestigungsriemen angebracht werden. Auch kann man die Immobilisierung im Gipsbette mit Extension des Kopfes kombinieren. Zeitweilig kann der Kranke wieder auf dem Bauche gelagert und das Gipsbett abgenommen werden, sei es um die kranke Stelle zu inspizieren, sei es um Punktionen von Eiteransammlungen oder Einspritzungen vorzunehmen. Die Kinder können mit dem Gipsbette leicht transportiert werden und auch Luftkuren machen, wodurch bekanntlich die Heilung der Pottschen Krankheit erheblich gefördert wird.

E. Toff (Braila).

St. Progulski, Zur Diagnose der Cerebrospinalmeningitis bei Säuglingen. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1907. Nr. 6 u. 7.) Abgesehen vom klassischen klinischen Bilde der Cerebrospinalmeningitis gibt es insbesondere bei Säuglingen zahlreiche Eigentümlichkeiten und Abweichungen sowohl was die Art des Beginnes als auch des Verlaufes der Krankheitsmomente; auf diese hinzuweisen ist Aufgabe vorliegender Arbeit.

Unter den Kardinalsymptomen figuriert in erster Reihe das Erbrechen. Bei Säuglingen fehlt es häufig; nach Verf. war es in 7 beobachteten Fällen weder in der Anamnese noch während der Spitalsbeobachtung zu konstatieren.

Auch war in den ersten Tagen der Krankheit die Nackensteifigkeit zu vermissen, ein Symptom, welches derart häufig bei Älteren anzutreffen ist, daß der Name „Genickstarre“ davon herrührt. Bei Säuglingen fiel die vollkommen erhaltene Beweglichkeit des Kopfes auf, die durch die Bewegung eines Gegenstandes, auf den die Aufmerksamkeit hingelenkt war, zu konstatieren war.

Regelmäßig tritt jedoch die Temperaturerhöhung ein, von unbestimmtem, intermittierendem Typus. Als Hauptsymptom sieht aber Verf. bei Säuglingen die allgemeine Unruhe und hochgradige Reizbarkeit an, Symptome, wie sie in dieser Intensität im Säuglingsalter sehr selten anzutreffen sind. Bei allen passiven Bewegungen, beim Wäschewechsel, beim Baden schreien solche Kinder höchst intensiv, sonst liegen sie ruhig, ohne viel unnütze Bewegung zu machen.

Konvulsionen, Kernigsches Symptom, automatische Hand- und Fußbewegungen sind im ganzen selten und zählen nicht zu konstanten Erscheinungen. Der Appetit, sonst bei älteren verschwunden, bleibt bei Säuglingen erhalten, trotzdem nehmen sie an Körpergewicht ab. Das entscheidendste Moment bleibt aber immer die mikroskopische Untersuchung der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit, zu welchem Eingriff Verf. in zweifelhaften Fällen stets Zuflucht nahm.

Gabel.

Marischler, Neue Harnuntersuchungsmethoden bei Nephritiden. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1907. Nr. 13.) In einer kurzen aber sehr instruktiven Abhandlung bespricht Verf. die im Titel angeführte Frage. Verf. erinnert an die Unterscheidung zwischen echter und akzidenteller Albuminurie, sowie an die Albuminuria orthostatica und pubertatis. Speziell was letztgenannte Erscheinungen anlangt, ist Verf. der Ansicht, daß dieselben an die physiologischen Albuminurien anzureihen sind, der Mangel konsekutiver Herzhypertrophien, sowie das Auftreten bei sonst gesunden Personen sprechen dafür. Auch die Art der Therapie befestigt uns in dieser Auffassung. Während das Höhenklima auf Nephritiker von ungünstiger Wirkung ist, hat man vollkommene Heilung nach Aufenthalt in den Bergen bei Personen mit zyklischer-orthostatischer Albuminurie konstatiert.

Auch die Kryoskopie wird kritisch beleuchtet, ebenso die Phloridzinprobe, die Bestimmung der Durchgängigkeit mit Methylenblau, sowie die Toxizität des Harns. Alle diese Methoden, die bei Affizierung einer Niere noch halbwegs gute Resultate geben, erscheinen unverläßlich, sobald beide Nieren, speziell bei Bright, erkrankt sind.

Auf die Kochsalzfrage bei Nierenentzündung übergehend, hebt Verf. hervor, daß auch hier keine vollkommene Übereinstimmung bis jetzt erzielt wurde. Noorden sieht in der Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr die Hauptsache, wogegen in Frankreich womöglich viel Flüssigkeit verabreicht wird.

Die rationelle Therapie beruht einerseits darauf, daß Harnbestandteile nicht zurückgehalten werden, anderseits, daß durch eine übermäßige Beschränkung der Flüssigkeit und Nahrungszufuhr der Hypertrophie, einem sonst erstrebenswertem Symptom des Herzens, nicht entgegengearbeitet wird.

Gabel.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 31. Oktober 1907.

Goldreich demonstriert ein Kind mit **Ossifikationsdefekten des Schädels** und **entzündlich hyperplastischen Prozessen** an den langen Röhren- und kurzen Knochen. Das Kind wurde in derselben Sektion am 31. Mai v. J. vorgestellt und die Frage unentschieden gelassen, ob die Erkrankung auf luetischer Grundlage beruhe oder nicht. Die damals 4 Monate alte Patientin wurde zuerst exspektativ behandelt. Im Alter von 7 Monaten stellte sich eine Parese des r. Armes ein (Parrotsche Pseudoparalyse). Nunmehr wurde antiluetische Behandlung eingeleitet (Protojoduretum hydrargyri). Darauf besserte sich in kürzester Zeit nicht nur die Lähmung der r. oberen Extremität, sondern auch die Ossifikationsdefekte des Schädels, und die Nähte und Fontanellen schlossen sich rascher. Damit war die luetische Natur der Erkrankung sichergestellt. Die Seltenheit des Vorkommens von Ossifikationsverzögerungen des Schädels bei Lues wird vom Vortragenden und von Rednern der Diskussion betont.

Marburg zeigt ein 9jähriges Mädchen mit Erscheinungen eines **Hirntumors.** Mit 8 Jahren zeigte Pat. eine Sehstörung, dann intensive Kopfschmerzen, auffällige Zunahme des Schädelumfanges, taumelnden Gang und allgemeine Fettsucht. Die Untersuchung ergab Stauungspapille, leichte Parese der linken oberen und spastische Parese der rechten unteren Extremität. Intelligenz ungestört, Patientin ist heiterer Stimmung. Vortr. lokalisiert den Tumor im oberen Anteil des Wurms. Die Adipositas wird durch Fernwirkung (Hydrops des 3. Ventrikels und Alteration der Hypophysis) erklärt.

Zappert demonstriert ein 6jähriges Mädchen mit ausgedehnter **poliomyelitischer Lähmung beider Arme.** Die Erkrankung setzte im September 1905 ein und umfaßte auch die Muskulatur des l. Beines. Jetzt sind die unteren Extremitäten funktionstüchtig, an den oberen Extremitäten sind bis auf Cucullaris, Trapezius, Serratus magnus, Flexor carpi ulnaris sämtliche Muskeln gelähmt. Die Extremitäten hängen wie unbrauchbare Anhängsel herab. Diese Lokalisation der poliomyelitischen Lähmung ist sehr selten zu sehen, weil die Rückenmarkszentren der gelähmten Muskeln nahe dem Zentrum des Phrenicus liegen, dessen Mitergriffenwerden zum Tode führt.

Operative Behandlung des Falles durch Sehnen- oder Muskeltransplantation ist wegen der geringen erhaltenen Muskelmenge undurchführbar. Vortr. schlägt Arthrodese im Schulter- und Ellbogengelenk in der Weise vor, daß Patientin mit der einen Hand zum Munde, mit der anderen zur Analgegend gelangen kann.

Prim. Moszkowicz, der diesen Fall operieren wird, demonstriert die guten Resultate der Arthrodese an einem früheren Handgänger.

Hochsinger stellt einen 13jährigen Knaben vor mit **hochgradigem Tiefstand des Herzens infolge Mediastinoperikarditis.** Ein großer Teil des Herzens ist unterhalb des Rippenbogens zu fühlen und beinahe zu umgreifen. Daneben besteht der Befund einer Aortenmitralinsuffizienz. Das Kind hatte wiederholt an Gelenksentzündungen und Herzbeschwerden gelitten. Anschließend an die Endokarditis kam es zu Perikarditis und Concretio pericardii sowie zur Fixation des Herzens an die vordere Brustwand. Die auf die Klappeninsuffizienz folgende Dilatation und Hypertrophie konnte sich wegen der Fixierung des Herzens nur noch unten und rechts entwickeln.

Koenigstein zeigt ein 6monatliches Kind, bei welchem drei Exemplare des **Taenia cucumerina** durch Extr. filicis maris ($^1/_2$ g in Syr. menthae mittels Magensonde eingegossen, danach Kindermeth) abgetrieben wurden. Die genannte Bandwurmart kommt bei 50% aller Hunde und bei Katzen vor.

Ghon demonstriert anatomische Präparate eines Falles von **infektiös embolischem Aneurysma der A. iliaca communis nach rezidivierender Endokarditis** der Trikuspidalklappe (bei angeborenem Defekt der Vorhofscheidewand). Im Leben war außer typischen Herzbeschwerden ein pulsierender Tumor in der r. Inguinalgegend nachzuweisen, das r. Bein wurde im Hüftgelenk fixiert gehalten. Der Tod erfolgte durch Einriß des Aneurysma und Verblutung in die Bauchhöhle.

Spieler demonstriert ein 14jähriges Mädchen mit Vitiligo. Unter vorangehenden Parästhesien traten in der Taillengegend vor 6 Wochen helle Flecke auf, die gerade an der Stelle lagen, wo Patientin ihre Röcke zu binden pflegte. Im Beginne waren die erkrankten Hautpartien hyperästhetisch. Die sensiblen Störungen sind zurückgegangen, die Parästhesien besserten sich, als Patientin die Bindenbefestigung der Röcke durch Träger an den Schultern ersetzte.

B. Schick (Wien).

II. Internationaler „gouttes de lait" Kongreß.

(Brüssel, 12—16. September 1907.)

Referiert von Primarius Dr. Ernő Deutsch (Budapest).

1. Ist es notwendig, den Rahmen des Kongresses zu erweitern?

Escherich (Wien): Der erste in Paris abgehaltene „gouttes de lait" Kongreß hat die Tatsache klargestellt, daß nur aus vereinigter Tätigkeit von „gouttes de lait" und „consultation des nourrissons" ersprießliche Tätigkeit zu erwarten ist. Für die Zukunft soll sich der Kongreß mit allen Fragen des Säuglingsschutzes beschäftigen.

Deutsch (Budapest): Trotz der unbestreitbaren Wichtigkeit der Milchküche ist es kaum denkbar, wiederholt Kongresse mit diesem Gegenstande zu beschäftigen; die kommenden Kongresse sollen über den staatlichen und gesellschaftlichen Säuglingsschutz, über Hygiene, Physiologie und Pathologie der Säuglinge und über Therapie ihrer Erkrankungen verhandeln.

Cleary (London): Die Institution der Milchküche kann als wichtige Detailfrage eines Kongresses figurieren, doch nicht als alleiniger Gegenstand desselben.

Johanessen (Christiania): Die Vergangenheit und Gegenwart seines Vaterlandes beweisen, daß bei der erfolgreichen Bekämpfung der Säuglingsmortalität überaus viele und verschiedene Momente mitspielen. All diese, ob sozialer oder medizinischer Natur, mögen ins Arbeitsprogramm der zukünftigen Kongresse eingefügt werden.

Concetti (Rom): Der Pariser Kongreß hat die Gegensätze, die zwischen „gouttes de lait" und „consultation des nourrissons" bestanden, beseitigt; die zukünftigen Kongresse sollen auf breitere Basis gestellt werden.

Saint Philippe (Bordeaux): Er glaubt, daß die zukünftigen „gouttes de lait" Kongresse, sowie die „union internationale", die ein Kind dieser Kongresse ist, eine große Zukunft haben.

Zusammenfassung: Der erste Kongreß zu Paris hat die Wichtigkeit der Milchkücheninstitution entsprechend gewürdigt. Die zukünftigen Kongresse sollen sich mit Hygiene, Physiologie, Pathologie, Therapie, staatlichem und gesellschaftlichem Säuglingsschutz beschäftigen.

2. Säuglingssterblichkeit.

Forster: Auf 1000 Geburten starben in England und Wales im Jahre 1905 128 Kinder. Das Maximum der Sterblichkeit fiel auf die Sommermonate. Zur Zeit der niederen Temperatur und des Regens war die Zahl der Sterbefälle geringer, wie zur Zeit der Hitze und Trockenheit. In Städten und Industriebezirken war die Mortalität höher, als auf dem Lande. In den ersten Lebenswochen war das Mortalitätsprozent am stärksten, es fielen in der ersten Woche auf 35 Knaben und 46 Mädchen je ein Todesfall. Die ehelichen Kinder sind den unehelichen gegenüber im Vorteil. „Registrar general" gibt die englischen Verhältnisse wieder.

Malmers (Glasgow): Den Zeitraum 1870—1872 bis 1900—1902 ins Auge gefaßt, haben sich die Mortalitätsverhältnisse in Schottland für die ersten drei Lebensmonate nicht geändert, gebessert haben sich die Verhältnisse in den übrigen neun Lebensmonaten. Die große Mortalität der ersten drei Lebensmonate ist der „Debilitas congenita" zuzuschreiben.

Singwall-Ferdyee (Edinburgh):

	Gesamt-mortalität:	Mortalität unter 1 Jahr:	% zur Gesamt-mortalität:
Schottland	77981	16329	20,9
In den größten Städten . . .	37033	8603	23,2
„ „ großen „ . . .	10398	2418	23,3
„ „ kleinen „ . . .	14540	3048	20,1
Auf dem Lande	14274	2086	14,6
Auf den Inseln	1736	174	10,0

Fabricius Byerre: Die Mortalität der Säuglinge war in den letzten 40 Jahren:

Bei Knaben 14,43—15,05 %, bei Mädchen 12,00— 2,81 % in Dänemark,
„ „ 19,30—24,56 „ , „ „ 15,85—21,39 „ „ Kopenhagen,
„ „ 15,88—16,76 „ , „ „ 13,19—14,00 „ „ den Landstädten,
„ „ 12,64—12,28 „ , „ „ 10,55—11,14 „ auf dem Dorf.

Lindblem (Stockholm): Die stete Besserung der schwedischen Verhältnisse zeigt folgende Tabelle:

	Lebend geboren:		† 0—1 Jahr:		Auf 1000 Neugeborene:	
Jahr:	Legal:	Illegal:	Legal:	Illegal:	Legal:	Illegal:
1820	76437	5599	11313	2021	170,4	361,3
1893	118113	13616	10076	2256	93,8	165,7
1894	117451	13958	11053	2210	94,1	158,3
1895	120161	14438	10422	2323	86,7	166,9
1896	119453	14855	11315	2550	94,7	172,3
1897	118066	14933	10671	2438	90,9	163,3
1898	120882	15641	10117	2275	83,7	145,5
1899	118888	14994	12115	2834	101,9	189,6
1900	122380	15759	11180	2421	91,4	153,6
1901	122985	16385	11582	2766	94,2	168,8
1902	121146	16218	9709	2153	80,1	132,8
1903	118247	15649	10091	2340	85,3	149,5

Johanessen (Christiania): Das Mortalitätsprozent der Säuglinge zu den Lebendgeborenen verglichen ist in Norwegen:

Im Jahre:	In ganz Norwegen:	A. d. Lande:	In den Städten:
1836—1840	14,0 %		
1840—1845	11,8		
1846—1850	11,2		
1851—1855	10,5		
1855—1860	10,1		
1861—1865	10,6		
1866—1870	11,3		
1871—1875	10,8		
1876—1880	10,1	9,1	13,5
1880—1885	9,9	8,9	12,9
1886—1900	9,6	8,5	13,1
1901	9,8	8,6	13,0
1902	9,6	8,3	12,6
1903	9,3	8,1	11,9
1004	7,5	6,6	9,5
	7,9	7,1	9,6
	7,5	6,8	9,9

Es zeigt sich von Jahr zu Jahr eine Besserung.

Neveling (Luxemburg): 1901—1908 wurden 37105 lebend geboren, 35596 ehelich, 1509 unehelich. Im ersten Lebensjahr † 5884, 5405 eheliche, 778 uneheliche, daher durchschnittlich 15,86 Sterbefälle auf 100 Lebendgeborene.

Jenkers (Greningen): In den Niederlanden starben unter 1000 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre:

1870—74	1875—79	1880—84	1885—89	1890—94	1895—99	1900—04
210,5	197,9	188,8	174,5	165,9	153,0	140,4

Feyler (Lausanne): Das „Bureau féderalae de statistique" gibt ein treues Bild der schweizer Säuglingssterblichkeit. Die Zahl der Geburten und Sterbezeigt eine stete Abnahme. Folgende Tabelle gibt einen guten Überblick:

Jahr:	lebend geboren:	† 0—1 Jahr:	† in gastr. enterit.	auf 100 Lebendgeb.
1896	28428	11702	2776	31,4
1897	90078	12701	3721	43,5
1898	91793	14225	5011	54,5
1899	94472	12895	3780	40,2
1900	94316	14110	4150	44,0
1901	97038	14312	3767	38,8
1902	96481	12707	3936	40,7
1903	93824	11506	3812	40,7
1904	95667	13291	4252	44,4

Zelenski (Krakau): 1898—1903 waren für Galizien folgende Daten zu erheben:

Jährlich geboren		323577
†	„	7194
ehelich	„	237982
unehelich	„	35595

Allgemeinsterblichkeit pro Jahr	198322	
† 0—1 Jahr	68777	
† 0—1 „ bezogen auf die Lebendgeborenen		21,7 %
† 0—1 „ „ „ die Allgemeinmortalität		34,4 %.

Paulino Remo (Malaga): Spaniens Statistik ist aus folgendem zu ersehen:

Jahr:	Bevölkerung:	Geburten:	Todesfälle:	Resultat:
1893	17846802	664938	511121	123817
1894	17903574	632538	556120	76418
1895	17960526	636130	527192	108938
1896	18017660	654736	539145	115651
1897	18074975	625249	520165	195089
1898	18132475	612288	518750	93538
1899	18190156	652588	533109	119479
1900	16248620	627848	536716	91132
		5106375	4272318	834057

Saraliay Pardo (Madrid): Zahl der Einwohner Spaniens zeigt 1891 bis 1897 eine Steigerung, dann einen Rückfall, 1901—1902 wieder eine Besserung. Zahl der Geburten steigt, die der Sterbefälle fällt.

Ernő Deutsch (Budapest): Im ungarischen Reiche starben 1905 22827 Knaben und 21802 Mädchen im Alter unter 1 Jahre, im Zeitraume von 1 bis 6 Tagen 11416 Knaben und 8299 Mädchen.

Joler (Rochester): In Amerika starben auf 1000 Geburten im Alter von 0—1 Jahre:

United states:

Cities in registration states	165,8
Cities in rural dist.	108,7
New-York state	145,4
„ „ cities	163,4
„ „ rural dist.	96,0
„ cities	170,5
Buffalo	137,0
Rochester	101,5
Syracusa	121,1
Albany	177,5
Irvy	201,0
Utica	115,6
Jonken	146,8
Elmira	129,3
Binghamton	173,4
Auburn	164,5

Meneervos Statistik von Rio de Janairo ist die folgende:

Allgemeine †:	Kinder † 0—1:	Verhältnis:	Geburten:	† geboren:	Auf 100 Geburten † geboren:
18226	5888	15,1 %	14535	1147	7,8
18154	5242	16,0	14446	1123	7,7
13287	4515	21,0	15021	1106	7,3
14747	4655	19,0	15080	1088	7,2
15600	5681	18,0	15370	1135	7,3
13971	4450	17,1	14989	1151	7,7
15409	5292	17,1	15941	1124	7,5
16501	5487	17,5	15431	1061	6,8
16343	6955	17,7	15433	1181	7,6
18666	8528	18,9	15429	1347	8,0
14663	6825	21,6	15732	13326	7,7

Zusammenfassung: Die ehelichen, mit Muttermilch genährten Säuglinge, die von wohlhabenden und von intelligenten Eltern stammen, zeigen eine mindere Sterblichkeit, wie die unehelichen, künstlich ernährten, die aus dem Proletariate hervorgegangen sind. Die Verhältnisse bessern sich allenthalben in allen Staaten.

3. Popularisierung und Unterricht der Kinderhygiene.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): Die Unterweisung der Hebammen und Pflegefrauen ist nicht entsprechend; seit Einführung von Fachkursen in den Säuglingsspitälern bessert sich die Situation. In den Mädchenschulen, besonders in den Haushaltungs- und Fortbildungsklassen, wird im Rahmen des Hygieneunterrichts auch der Kinder gedacht. Die Tagesblätter und die Fachpublizistik tun ihr möglichstes im Interesse der Propagierung der Kinderhygiene. Matrikelämter, Vormundschaftsbehörden, Milchküchen, Ordinationsanstalten für kranke Säuglinge verteilen Flugblätter, die die Kinderhygiene volkstümlich behandeln. Der Vortragende wünscht im Rahmen des Unterrichtes der Naturgeschichte die hygienischen Kenntnisse zu verbreiten.

Deutsch (Budapest): Unterricht und Popularisierung der Kinderhygiene sind mit der Gründung des Stephaniehospitals zu Budapest eng verknüpft und mit den Namen S. v. Bokay sen. und jun. verwachsen. Auch alle übrigen Kinderhospitäler, die staatlichen Kinderasyle, die Hebammenschulen und Milchküchen sind Zentren zur Verbreitung dieser Kenntnisse. Die Elisabethvolksakademie, das freie Lyzeum, die hygienische Gesellschaft, die Vereinigung der ungarischen Frauenvereine wetteifern in Veranstaltung populär-hygienischer Fachkurse.

Raimendi (Paris): Strauss, Rotschild, Pinard und Budin wurden durch die niedere Natalität und die hohe Mortalität zur Begründung der „l'école des mères" geführt. — Die Erfolge loben die Stifter dieser heilbringenden Institute.

Aigre (Boulogne sur Mer): Die Milchküche spielt in der Popularisierung der Kinderhygiene eine hervorragende Rolle; sie unterrichtet die Frequentantinnen und soll auch für Mitglieder der vermögenden Klasse Kurse arrangieren.

Hussai-Marèchal (Liége): Seit 1901 hält er im Rahmen der „Cours agricole" Verträge über Kinderhygiene.

Daniel: In Belgien wird der Unterricht und Popularisierung der Kinderhygiene von der Volksschule bis zur Universität mit viel Eifer und Geschick betrieben. Bei Schließung der bürgerlichen Ehe wird dem jungen Paar eine die Kinderhygiene popularisierende Schrift eingehändigt. Große Tragweite hat die Propaganda der „Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge".

Gilsen (Brüssel): Unter dem Titel „L'art maternel" hielt er populäre Vorträge über die Hygiene der Mutterschaft und des Kindes.

Pareut (Ascremme): Legt Flugschriften, Kalendern und Fachschriften großen Wert bei.

Feer (Basel): Klagt über mangelhafte Ausbildung der Hebammen. Der hygienische Unterricht an den Universitäten ist entsprechend. Die Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, die Pouponnière zu Basel und die Züricher „école de nourrice" üben einen mächtigen Einfluß auf entsprechende Verbreitung der Hygiene des Kindesalters aus.

Comba (Bologna): Seit 1815 wird in Italien Pädiatrie wissenschaftlich betrieben; jetzt wird der Gegenstand an 6 Universitäten gelehrt und geprüft. 1898 wurde eine pädiatrische Gesellschaft gegründet, die viel im Interesse der wissenschaftlichen und populären Kinderhygiene leistet. Offizielles Organ der italienischen Kinderärzte sind „Rivista di clinica pediatrica" und „Pediatria".

Alvarez (Madrid): Auf den spanischen Universitäten wird im Rahmen der allgemeinen Hygiene und der Kinderheilkunde die Hygiene des Kindesalters entsprechend gewürdigt. Die Milchküchen, Ordinationsanstalten für Säuglinge, die Findelhäuser, die „Unio ibero americana" und die pädiatrischen Kongresse leisten auf diesem Gebiete Hervorragendes.

Alexandresco (Bukarest): Die rumänischen Mittelschulen für Mädchen, die unter Arberes Führung stehende Sonntagsschule und der Frauenverein „Sprijinul" entwickeln im Interesse der Kinderhygiene eine wertvolle Propaganda.

Wernstedt (Stockholm): Die schwedischen Mediziner sind verpflichtet, Pädiatrie zu hören und aus diesem Gegenstand zu rigorosieren. In den höheren Töchterschulen zu Stockholm wird in einem 9 wöchentlichen Kursus, im „Barnavard" in einem 3 monatlichen über Kinderhygiene unterrichtet.

Johannessen (Christiania): Die norwegische Universität, die Hebammenkurse und der Verein „Hjeunnenes Vel" streben vereint der Sache der Popularisierung der Kinderhygiene zu dienen.

Ulrik (Kopenhagen): In Dänemark verteilen Hebammen die Kinderhygiene popularisierende Flugblätter.

Paget (Northamptonshire): Der „County council of Northamptonshire" verteilt ein recht geschickt verfaßtes Büchelchen, das die Grundzüge der Kinderhygiene enthält.

Zusammenfassung: Schon in der Volksschule möge man im Rahmen des Unterrichtes der Naturlehre der Kinderhygiene gedenken. In allen Mittelschulen, Fachkursen, Universitäten, Hebammenlehranstalten, Präparandien möge man Augenmerk auf diesen Gegenstand werfen. In den für Kinder eingerichteten Hospitälern, Ambulatorien, Krippen und Milchküchen ist die beste Gelegenheit vorhanden, die Hygiene des Kindesalters entsprechend zu verkünden.

(Schluß folgt.)

79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Dresden am 14. und 15. September 1907.
(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

Sitzung am 17. September 1907.
Vorsitzender: Feer (Heidelberg.)

Schlossmann (Düsseldorf) demonstriert an der Hand von Plänen die Einrichtungen der **Kinderklinik in Düsseldorf.**

In der Diskussion bespricht Escherich (Wien) die von ihm geschaffene Einrichtung der Brutzellen.

Neumann (Berlin): **Einfluß des Geburtsmonats auf die Lebensaussicht im ersten Lebensjahr.** Die Lebensaussicht für das erste Lebensjahr unterliegt nach dem Geburtsmonat gewissen Schwankungen. Unter den einzelnen Todesursachen zeigen sich als wichtigster Faktor die Darmkrankheiten. Eine geringere Bedeutung haben die tödlichen Erkrankungen der Luftwege. Von dem Rest der Todesfälle fällt ein erheblicher Teil auf die angeborene Lebensschwäche. Ein Rest der Todesfälle wird zum Teil durch die Rachitis und die tetanoide Übererregbarkeit direkt oder indirekt beeinflußt. Die nach den Geburtsmonaten wechselnde Lebensaussicht steht wesentlich unter dem Einfluß der künstlichen Ernährung.

In der Diskussion teilt Brüning (Rostock) ähnliche Ergebnisse mit, die er an Rostocker Säuglingen in einem Jahre festgestellt hat.

Buttermilch (Berlin): **Puls, Blutdruck und Temperatur bei gesunden und kranken Säuglingen.**



Mitteilungen von Einzelbeobachtungen.

In der Diskussion warnt Soltmann (Leipzig) vor der Verallgemeinerung von Schlüssen.

Ritter (Berlin): **Das Säuglingskrankenhaus Groß-Berlin nach zweijährigem Bestehen.**

Mitteilung der Einrichtung und Erfolge.

Leiner (Wien): **Eigenartige universelle Dermatose bei Brustkindern.** Mitteilung von 43 Fällen einer eigentümlichen Dermatose, die gewöhnlich am Ende des ersten oder im zweiten Lebensmonat mit erythematösen Flecken am Stamme oder seborrhoischen Veränderungen auf dem Kopfe beginnt, sich innerhalb weniger Tage über den ganzen Körper ausbreitet. Die Kopfhaut ist auf der Höhe der Erkrankung mit Schuppenkrusten bedeckt. Gesicht, Stamm, Extremitäten sind intensiv gerötet und mit gelblich-weißen Schuppenmassen bedeckt. Die darunterliegende Haut ist nirgends stark nässend, auch nicht erythematös verändert. Die übrigen Organe zeigen normales Verhalten, nur von seiten des Magendarmtraktus liegen Störungen vor. Die Abheilung nimmt Wochen und Monate in Anspruch. In etwa einem Drittel der Fälle endet die Krankheit mit dem Tode, gewöhnlich unter Exazerbation der Erscheinungen von seiten des Darmkanals. Die Sektion ergibt neben der Hautveränderung schlaffe Degeneration des Herzmuskels, fettige Entartung der Leber und katarrhalische Schwellung der Darmschleimhaut. Leiner faßt die Dermatose als autotoxisches Ekzem auf und schlägt den Namen Erythrodermia desquamativa vor. Die Therapie ist eine kombinierte. Sie besteht in strengen diätetischen Maßnahmen und einer milden äußeren Behandlung.

An der Diskussion, in der das Krankheitsbild anerkannt und seine Stellung im System der Hautkrankheiten wie die Therapie besprochen werden, beteiligen sich Moro (München), Finkelstein (Berlin), Soltmann (Leipzig), Schlesinger (Straßburg), Moll (Prag), Langer (Graz).

Hochsinger (Wien): **Tastbare Kubital- und seitliche Thoraxlymphdrüsen im Säuglingsalter.** Nach den Untersuchungen Hochsingers sind bei absolut normalen Neugeborenen und jungen Säuglingen nirgends peripherische Lymphdrüsen zu tasten. Das Tastbarwerden solcher weise immer auf Reizzustände in den Wurzelgebieten der betreffenden Drüsengruppen hin. Baers Befunde von hirsekorn- bis traubenkerngroßen axillaren und inguinalen Lymphdrüsen bei normalen Neugeborenen können auf Gefühlstäuschungen beruhen. Geringe Beachtung hat bis jetzt das Verhalten der Lymphdrüsen in den Kubital- und seitlichen Thoraxgegenden bei Säuglingen gefunden. Nach Heubners und des Vortr. Untersuchungen beruhen tastbare Lymphknoten in der Ellenbogenbeuge bei Säuglingen fast ausschließlich auf Lues. Nach Ansicht des Vortr. besteht hier eine Beziehung zur fast niemals fehlenden Osteochondritis am unteren Humerusende. In der Regel findet man zwei linsen- bis erbsengroße Lymphknötchen oberhalb des Epikondylus internus, seltener ist einer, sehr selten sind drei Lymphknoten abzutasten. Das Tastbarwerden seitlicher Thoraxdrüsen ist bis jetzt bei Säuglingen nicht beschrieben worden. Vortr. hat bei lungenkranken, seltener bei luetischen, dann bei Säuglingen, welche mit Reizzuständen der Brust- und Bauchhaut behaftet sind, wiederholt linsen- bis erbsengroße Lymphknötchen im vierten oder fünften Interkostalraume zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie gefunden. Da die fraglichen Glandulae pectorales mit den intrathorakalen Drüsen kommunizieren und eine Art Vorschalung zwischen den letzteren und den Achseldrüsen darstellen, ist das Anschwellen derselben bei entzündlichen Veränderungen innerhalb der Brusthöhle erklärlich, gleichgültig, ob tastbare Achseldrüsen vorhanden sind oder nicht. Bei Fehlen von entzündlichen Veränderungen im Bereiche der äußeren Haut ist demnach das Tastbarwerden von Pektoraldrüsen mit Sicherheit auf das Vorliegen entzündlicher Veränderungen im Bereiche der Brusthöhle (Bronchial- und Mediastinaldrüsenschwellung) zu beziehen.

In der Diskussion bestätigten Reyher (Berlin) und Feer (Heidelberg) die Befunde.

Brüning (Rostock): **Geschichte der Kindertrinkflasche** (mit Lichtbildern). Die Geschichte der Kindertrinkflasche ist aufs engste verknüpft mit der Geschichte der künstlichen Säuglingsernährung. Letztere datiert nicht, wie man bisher wohl allgemein annahm, aus dem 15. Jahrhundert, sondern ist nach kulturgeschichtlichen und archäologischen Untersuchungen bereits im Altertum bei den Römern, Griechen und Ägyptern, ja sogar vielleicht schon bei den Assyrern verbreitet

gewesen. Zur Zeit der Griechen und Römer bediente man sich zur Nahrungsdarreichung an ganz junge Kinder sog. „Gutti“, d. h. verschiedenartiger Gefäße, aus denen der Inhalt tropfenweise ausgegossen werden konnte. Unter Hinweis auf bildliche Darstellungen mehrerer derartiger Trinkgefäße aus Ton und Glas schildert Vortr. das damals geübte Verfahren der Flaschenfütterung, welches von den „Assae nutrices“, d. h. Trockenammen, beruflich ausgeübt wurde, und weist auf die zum Teil sehr sinnreichen Vorkehrungen einzelner Flaschenmodelle hin, wie sie den hygienischen Anforderungen gerecht zu werden und namentlich die Säuglingsnahrung vor Verunreinigungen zu schützen suchten. Er berichtet des weiteren unter Demonstration einschlägiger Bilder über die seit dem 13. Jahrhundert gebräuchlichen „Saughörner“ als Mittel zur künstlichen Säuglingsnährung, über die im 15., 16. und 17. Jahrhundert üblichen hölzernen „Zutschkännchen“ und Saugflaschen, sowie über die im 17., 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts beliebten Metallflaschen (Zinn, Silber) und schildert schließlich die eigentliche gläserne Säuglingstrinkflasche, welche im Jahre 1769 von Raulin zum ersten Male in der Literatur erwähnt wird, in ihrer allmählichen Vervollkommnung von der metallbeschlagenen, vielfach mit Malereien und Inschriften gezierten unvorteilhaften „Lüdal“ aus dem Anfang des 19. Jahrhundert bis zur modernen Kindersaugflasche. Zum Schlusse weist der Redner darauf hin, daß auch das Studium eines an und für sich so unwichtigen Gegenstandes, wie sie die Kindertrinkflasche doch abgibt, wohl geeignet ist, interessante Einblicke in die Entwicklung der so bedeutsamen Frage der Säuglingsernährung zu ermöglichen, und betont, daß von einer vernünftigen Methodik der Flaschenfütterung erst seit der jüngsten Zeit gesprochen werden kann.

Sitzung am 18. September 1907.

Vorsitzender: Soltmann (Leipzig).

Trumpp (München) und Salge (Göttingen): **Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen im Dienste der Säuglingsfürsorge.** 1. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen sind ärztlich geleitete Beratungsstellen und Milchküchen, zumal eine Vereinigung beider, eine unentbehrliche Einrichtung der öffentlichen Säuglingsfürsorge. — 2. Ihr Hauptwert liegt in ihrem erzieherischen Einfluß. Ihre Leistungen sind jeweilen abhängig vom Verständnis des ortsansässigen Publikums im allgemeinen und von der Vorbildung und Intelligenz der Frequentanten im besonderen. — 3. Ihre geringe Zahl und ihr kleiner Wirkungskreis läßt nicht erwarten, daß sie die allgemeine Säuglingssterblichkeit nennenswert herabsetzen können. — 4. Man wird sich im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit künftig nicht mehr damit begnügen dürfen, die üblen Folgen von Mißständen zu mildern, sondern wird sich der mühsamen Arbeit unterziehen müssen, das Übel an der Wurzel zu fassen und vor allem das Volk durch methodischen Schulunterricht in Hygiene, speziell auch in Kinder- und Säuglingshygiene, allmählich zum verständigen Mitarbeiter heranzubilden. — 5. Um den der Säuglingsfürsorge dienenden Anstalten die richtige Stellung dem Volke gegenüber zu sichern, müssen sie den Charakter sozialer Wohlfahrtseinrichtungen und nicht etwa von Wohltätigkeitsanstalten tragen. — 6. Alle derartigen Anstalten sind mit Rücksicht auf ihre vornehmste Bedeutung als Volkserziehungsinstitut unter ärztliche Leitung zu stellen. — 7. Die Ärztearbeit im Dienste der Säuglingsfürsorge ist nicht umsonst zu leisten. — 8. Es ist anzustreben, daß die Fürsorgestellen zu Bezirkszentralen ausgebaut werden, die alle Zweige der Säuglingsfürsorge umfassen.

1. Säuglingsmilchküchen als solche sind nicht als ausreichende Einrichtungen zur wirksamen Bekämpfung der Säuglingsmortalität und Morbidität anzuerkennen. Sie können eine Bedeutung nur dann haben, wenn sie mit einer Fürsorge- oder Beratungsstelle verbunden sind. Bei derartigen Einrichtungen ist der Nachdruck auf die Beratung zu legen, der Milchküche kommt nur eine sekundäre Bedeutung zu. Sogenannte ärztliche Wiegestunden, die mit den Milchküchen verbunden werden, sind kein vollwertiger Ersatz der Fürsorgestellen, da nur von ihnen eine genügend eindringliche Belehrung und Stillpropaganda zu erwarten ist. — 2. Den Säuglingsfürsorgestellen muß das Recht zustehen, wenigstens ernährungskranke Kinder zu behandeln und die Ausführung der gegebenen Vorschriften im Hause des Säuglings kontrollieren zu lassen. — 3. Die Milchküche muß so eingerichtet sein, daß sie jede diätetische Verordnung ausführen kann und nicht an ein Schema gebunden ist. Nicht wünschenswert sind Milchküchen, die nach einem bestimmten

Verfahren arbeitend eine „Säuglingsnahrung“ herstellen, von der behauptet wird, daß sie der Muttermilch nachgebildet sei. Die Anforderungen, die von seiten des Kinderarztes an eine für die künstliche Ernährung des Säuglings geeignete Milch gestellt werden müssen, sind schärfer zu formulieren, vor allem muß das dringend und unbedingt Notwendige von dem Wünschenswerten getrennt werdeu. — 4. Es ist dringend wünschenswert, einheitliche Auffassungen darüber zu gewinnen, welchen Bevölkerungsschichten die Säuglingsfürsorge zugute kommen soll, und es ist zu fordern, daß die Säuglingsfürsorge von Ärzten geleitet wird, die eine genügende pädiatrische Vorbildung besitzen.

In der Diskussion ergreift Czerny (Breslau) für Keller (Magdeburg) das Wort und teilt mit, daß durch dessen Erfahrungen in den Milchküchen nichts anderes bewiesen ist, als daß man gesunde Kinder auch mit Kuhmilch ernähren kann. Wenn die Milchküche nichts gegen Säuglingssterblichkeit leistet, kann man auf den Standpunkt kommen, daß es schade sei um das viele Geld und die viele Arbeit, und es sei besser, daß diese Erkenntnis zur richtigen Zeit ausgesprochen, als daß mit den Milchküchen weiter gewirtschaftet werde.

Falkenheim (Königsberg) führt einige Gründe für die Existenzberechtigung der Milchküchen an. Siegert (Köln) betont, daß die Milchküche in Köln trotz fehlender ärztlicher Leitung doch insofern gutes leistet, als sie das Niveau des ganzen Milchhandels gehoben hat und andauernd Tausende von Litern bester Säuglingsmilch der Stadt zuführt. Allerdings sieht er in einer städtischen Milchabgabe ohne ärztliche Leitung, ohne Mutterberatung und ohne jede Kontrolle der Säuglinge wegen der Erleichterung der künstlichen Ernährung eine Art städtischen Unfugs. Seifert (Leipzig) teilt mit, daß er auf demselben Standpunkte stehe wie Czerny und sich gegen die Errichtung einer Milchküche in Leipzig ausgesprochen habe. Neumann (Berlin) meint, daß es eine Notwendigkeit sei, im Interesse der tiefsten sozialen Schichten für die Beschaffung guter Milch zu sorgen, daß ein Unterschied zu machen sei zwischen Milchküche und Versorgung mit guter Milch, die Milchküche für gesunde Kinder abzuschaffen sei, sich für kranke und ähnliche Kinder jedoch empfehle. Er bringt schließlich statistische Angaben aus den Milchküchen Berlins. Selter (Solingen) nimmt die städtischen Milchkücheneinrichtungen in Schutz. Feer (Heidelberg) und Trumpp (München) brechen eine Lanze für das Bestehen der Milchküche, während sich Salge im Schlußwort auf seiten Czernys stellt. (Schluß folgt.)

IV. Neue Bücher.

v. Pirquet. **Klinische Studien über Vakzination und vakzionale Allergie.** Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. Mk. 6.

Mit gewohnter Sorgfalt und Gründlichkeit hat der Autor sein Thema nach allen Richtungen hin erschöpfend bearbeitet, so daß wir einen Leitfaden vor uns haben, der uns bei keiner Frage im Stich läßt. Das Buch bringt die Klinik der Erstvakzination, die Klinik der Revakzination und einen theoretischen Teil. Durch bedeutsame Experimente ist P. bestrebt gewesen, Licht in manches Dunkel zu tragen und das interessante und wichtige Gebiet dem Praktiker näher zu bringen. Möge das Buch von diesem fleißig studiert werden! Grätzer.

W. Ebstein. **Leitfaden der ärztlichen Untersuchung.** Stuttgart. F. Enke. Mk. 7.

Die Ärztewelt muß es freudig begrüßen, wenn ein so erfahrener und ausgezeichneter Kliniker, wie es E. ist, es unternimmt, den jüngeren Kollegen Unterweisungen zu geben über die wichtigsten Untersuchungsmethoden: Inspektion, Palpation, Schall- und Tastperkussion, Auskultation. Der Autor hat alles Theoretische beiseite gelassen, nur den praktischen Zweck im Auge behaltend, schuf er ein Werk, das ganz und gar der praktischen Tätigkeit gilt, ein Buch, welches die Ausbildung des Arztes, die Schulung seines Beobachtungsvermögens zu fördern, in erster Linie bestrebt ist. Aber auch der ältere Arzt kann viel aus dem Buche lernen, auch ihm wird es mancherlei treffliche Ratschläge bringen. Wir sind daher überzeugt, daß ein weiter Leserkreis dem schönen Werke beschieden sein wird. Grätzer.

A. v. Lindheim. **Saluti juventutis.** Leipzig u. Wien, Verlag von Fr. Deuticke. Mk. 10.

Ein hochgebildeter Laie, unterstützt von namhaften Ärzten — wir nennen nur Hochsinger, Zappert, Hamburger, Alt, Burgerstein — hat es hier unternommen, der gebildeten Laienwelt, auf Grund weitgehender sozialstatistischer Untersuchungen, den Zusammenhang körperlicher und geistiger Entwickelung in den ersten 20 Lebensjahren des Menschen vor Augen zu führen, um daran Forderungen an den Staat und die Gesellschaft anzuknüpfen, welche nach den vorangegangenen Auseinandersetzungen durchaus überzeugend wirken. Die Fragen der Abstammung und Säuglingssterblichkeit, die Gefahren für die wichtigsten Organe sind aufs gründlichste behandelt, viele andere Fragen aufs sorgfältigste bearbeitet, so daß das Werk einen höchst verläßlichen Ratgeber für alle Gebiete der jugendlichen Pflege und Fürsorge darstellt, der auch von Ärzten studiert zu werden verdient. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Großherzoglicher Beschluß, betr. den Schutz der Kinder in den ersten Lebensjahren.

Vom 7. September 1907.

Wir, Wilhelm, von Gottes Gnaden Großherzog von Luxemburg, Herzog zu Nassau usw.;

Nach Einsicht des Art. 5 des Gesetzes vom 27. Juni 1906, betr. die Förderung der öffentlichen Gesundheit;

Nach Einsicht der Gutachten des Medizinalkollegiums und der Sanitätsinspektoren;

Nach Anhörung Unseres Staatsrates;

Auf den Bericht Unseres Generaldirektors der öffentlichen Arbeiten und nach Beratung der Regierung im Konseil;

Haben beschlossen und beschließen:

Art. 1. Jedes Kind von weniger als zwei Jahren, welches behufs Stillung, Entwöhnung oder Pflege außerhalb der Wohnung seiner Eltern gegeben wird, untersteht aus dieser Ursache der Aufsicht der öffentlichen Behörde, die mit dem Schutze seines Lebens und seiner Gesundheit betraut ist.

Art. 2. Außerdem unterstehen der durch gegenwärtiges Reglement eingesetzten Aufsicht: jede Person oder jede Anstalt, die einen Säugling oder ein bzw. mehrere Kinder unter zwei Jahren zur Entwöhnung oder in Pflege halten, sowie alle Mittelspersonen, die sich mit dem Unterbringen dieser Zieh-, Halte- oder Pflegekinder abgeben.

Art. 3. Mit der durch gegenwärtiges Reglement eingesetzten Aufsicht sind die Kollegien der Bürgermeister und Schöffen sowie die Sanitätsinspektoren betraut.

Art. 4. Jede Person, welche ein Nähr-, Zieh- oder Haltekind von weniger als zwei Jahren in Pflege gibt, muß der Amme, Nähr- oder Pflegemutter einen Nachweis behändigen, der einen Auszug aus der Geburtsurkunde des ihr anvertrauten Kindes enthält, ferner ein ärztliches Zeugnis, wodurch bescheinigt wird, daß das Kind zurzeit transportfähig ist und von keiner ansteckenden Krankheit behaftet zu sein scheint.

Art. 5. Jede Person, die sich ein Nährkind oder ein oder mehrere Kinder zum Stillen verschaffen oder in Pflege nehmen will, muß sich vorher zwei Ausweise verschaffen, wovon der eine, der vom Bürgermeister der Gemeinde auszustellen ist, Angaben über ihren Zivilstand und über ihre Familienverhältnisse enthält, der andere nachweist, daß sie zum Aufziehen eines Säuglings sowie zum Stillen und zur Pflege von Kindern geeignet ist, und daß ferner ihre Wohnung gesund ist.

Dieser letztere Ausweis darf nur von dem Sanitätsinspektor des betreffenden Bezirkes ausgestellt werden.

Jede Person, die eine Anstellung als Amme nachsucht, muß sich vom Bürgermeister ihres Wohnortes ein Zeugnis geben lassen zum Nachweis, ob ihr

letztes Kind lebt oder wenigstens volle vier Monate alt ist, oder, wenn es dieses Alter noch nicht erreicht hat, daß es durch eine andere Frau genährt wird, die vom Sanitätsinspektor auf beizufügende Bescheinigung hin als hierzu geeignet anerkannt ist.

Art. 6. Jede Person, die ein Nähr-, Zieh- oder Pflegekind bei sich aufgenommen hat, muß:

1. innerhalb drei Tagen, von der Ankunft des Kindes an, den Bürgermeister ihrer Gemeinde hiervon benachrichtigen und ihm den in Art. 4 erwähnten Nachweis und das ärztliche Zeugnis behändigen;

2. bei Wohnungswechsel dem Bürgermeister ihres neuen Wohnortes dieselben Angaben machen;

3. innerhalb derselben Frist die Ablieferung des Kindes an seine Eltern anzeigen sowie die Übergabe des Kindes an eine andere Person, einerlei, aus welcher Ursache diese Übergabe erfolgt ist;

4. beim Ableben dieses Kindes diesen Sterbefall innerhalb 24 Stunden anzeigen.

Nachdem der Bürgermeister diese Erklärungen in das im Artikel 8 erwähnte Register eingetragen hat, benachrichtigt er davon den Sanitätsinspektor des Bezirks.

Art. 7. Jede Person, die ein Nähr-, Zieh- oder Pflegekind bei sich aufgenommen hat, ist verpflichtet:

1. wenn das Kind nicht geimpft ist, es vor dem vollendeten zwölften Monate von seiner Geburt an impfen zu lassen;

2. wenn das Kind krank ist, unverzüglich den Bürgermeister ihres Wohnortes davon zu benachrichtigen, der sofort den Sanitätsinspektor davon zu verständigen hat.

Art. 8. In jeder Gemeinde werden zwei besondere Register geführt: das eine für die von den Eltern oder sonst Berechtigten abzugebenden Erklärungen über die in Pflege gegebenen Säuglinge, Halte- oder Pflegekinder; das andere für die von den Ammen, Zieh- und Pflegemüttern, welche ein Kind bei sich aufgenommen haben, abzugebenden Erklärungen.

Art. 9. Sobald der Sanitätsinspektor die in obigen Artikeln 6 und 7 vorgeschriebenen Benachrichtigungen erhalten hat, muß er sich in die Wohnung der Nähr-, Zieh- oder Pflegemutter begeben.

Wenn er aus irgendeiner Ursache das Leben oder die Gesundheit des Kindes als gefährdet erachtet, kann er das Kind wegnehmen und es vorläufig und auf Kosten der zahlungsfähigen Eltern anderswo unterbringen. Bei drohender Gefahr muß er sofort und vorläufig die nötigen Maßnahmen treffen. In allen Fällen sind die Eltern des Kindes zu benachrichtigen.

Art. 10. Niemand darf ohne vorherige Ermächtigung der Regierung eine Ammen-Vermittlungsstelle eröffnen oder leiten, noch das Geschäft einer Mittelsperson für das Unterbringen von Nähr-, Zieh- oder Pflegekindern, noch die Anstellung von Ammen betreiben.

Keine zur Aufnahme von Nähr-, Zieh- oder Pflegekindern unter zwei Jahren bestimmte Anstalt darf ohne Ermächtigung der Regierung bestehen bleiben noch eröffnet werden. Die in diesen Anstalten beschäftigten Ammen sind den gewöhnlichen Ammen gleichgestellt.

Die Ermächtigungen können jederzeit zurückgezogen werden.

Art. 11. Die Ausführungsbestimmungen zu diesem Reglement werden von der Regierung durch Verwaltungsvorschriften getroffen.

Art. 12. Jede Zuwiderhandlung gegen die Bestimmung dieses Beschlusses wird mit den in Artikel 6 des Gesetzes vom 27. Juni 1906 angesetzten Bußen bestraft.

Art. 13. Gegenwärtiger Beschluß, welcher mit dem 1. Januar 1908 in Kraft tritt, soll ins „Memorial“ eingerückt werden.

Art. 14. Unser Generaldirektor der öffentlichen Arbeiten ist mit der Ausführung dieses Beschlusses betraut.

Sankt Blasien, den 7. September 1907.

Wilhelm.

Der Generaldirektor der öffentlichen Arbeiten.

K. de Waha.



Zur Durchführung des **Gesetzes über Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben** ist durch Ministerialerlaß angeordnet, zunächst versuchsweise, in den Volksschulen je eines Kreises der Regierungsbezirke allen Kindern bei Beginn des neuen Schuljahres Fragebogen zum Ausfüllen durch die Haushaltungsvorstände mitzugeben. Es sollen so die bisher schon gebräuchlichen Listen über die den Kindern ausgestellten Arbeitskarten ergänzt werden.

Die **Gründung eines Heims für erblich-syphilitische Kinder** ist am 11. Oktober v. J. in einer Ausschußsitzung der Ortsgruppe der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschlossen worden. Die staatlichen und städtischen Behörden sollen dem Plan sympathisch gegenüberstehen.

Ein Verein „**Seeheim für Unteroffiziersfrauen und -kinder**" hat sich gebildet und als Abteilung X dem Volksheilstättenverein vom Roten Kreuz angegliedert. Es ist die Schaffung von Erholungsstätten an der Nord- und Ostsee, und zwar nicht nur für Tuberkulöse, sondern überhaupt für pflegebedürftige Kranke und Rekonvaleszenten in Aussicht genommen.

Dem Bericht der Medizinalabteilung des Kultusministeriums für das Jahr 1905 entnehmen wir nachstehende Angaben über die **Gesundheitsverhältnisse der Schulen**: Von den insgesamt 1424 Schulschließungen, über deren Anlaß Angaben vorliegen, wurden 621 durch Masern veranlaßt, 336 durch Scharlach, 334 durch Diphtherie, ferner noch weitere 34 durch gleichzeitiges Auftreten zweier dieser Krankheiten oder aller drei zusammen. Keuchhusten gab 32 mal, Typhus 26 mal die Ursache ab, Mumps 4 mal, Influenza 3 mal (außerdem noch einmal in Verbindung mit Scharlach), übertragbare Genickstarre 9 mal, Ruhr 1 mal, Windpocken 2 mal, ansteckender Bindehautkatarrh 4 mal, das Auftreten von Cholera am Schulort 3 mal.
(Deutsche med. Wochenschrift.)

Auf dem Kongreß der Gouttes de Lait in Brüssel wurde beschlossen, den Kongreß in Zukunft **Internationaler Kongreß zum Schutz des ersten Kindesalters** (Gouttes de Lait) zu nennen und ihn in drei Jahren in Berlin abzuhalten. Es wurde ferner ein Bureau der Internationalen Vereinigung der Säuglingsfürsorgeeinrichtungen geschaffen, das alljährlich zusammentreten wird.

Über die **Aufwendungen großer Städte für Säuglings- und Kinderkrankenpflege** veröffentlicht R. Hecker im Oktoberheft der Süddeutschen Monatshefte einige Daten. Danach gibt Berlin jährlich aus 652720 Mk., Wien 285000 Mk., Leipzig 100000 Mk., Dresden 68000 Mk., Köln 40000 Mk., München 11445 Mk. Auf den Kopf der Bevölkerung umgerechnet beträgt dies für Berlin 32, Leipzig 20, Wien 15, Dresden 13, Köln 9 und München 2 Pf.

Charlottenburg. Bis zur Fertigstellung des geplanten **Säuglingskrankenhauses** ist provisorisch eine Säuglingsklinik mit zwölf Betten in der Christstraße eingerichtet. Leiter ist Priv.-Doz. Dr. Bendix. Als Consiliarii fungieren Prof. Martens (Chirurgie), Prof. Helborn (Ophthalmiatrie), Priv.-Doz. Dr. Jansen (Otiatrie) und Priv.-Doz. Dr. Heller (Dermatologie). Alles nähere durch die Geschäftsstelle Berlin W. 50, Tauenzienstr. 19.

Breslau. Dr. Martin Thiemich, Privatdozent für Kinderheilkunde, ist zum städtischen Kinderarzt und Leiter des Kinderkrankenhauses in Magdeburg gewählt worden und wird zum 1. Januar 1908 seine neue Stellung antreten.

Dresden. Bei der Heilstätte Carolagrün ist eine besondere **Abteilung für tuberkulöse Kinder** eingerichtet. Näheres über Aufnahme, Kosten usw. durch den Chefarzt San.-Rat Dr. Gebser.

Düsseldorf. Das Stadtverordnetenkollegium genehmigte einen Vertrag der Stadt mit dem Verein für Säuglingsfürsorge für den Regierungsbezirk Düsseldorf, wonach dem Verein für Errichtung eines **Säuglingsheims** unentgeltlich ein Grundstück abgetreten wird. Des weiteren erhält der Verein einen einmaligen städtischen Beitrag von 25000 Mk.

Erlangen. A. o. Professor Dr. Jamin ist zum o. Professor und Direktor des Poliklinisch-pharmakologischen Instituts und der Kinderklinik ernannt.

Lübeck. Der Bürgerausschuß stimmte dem Senatsantrag auf Anstellung von zehn Schulärzten zu.

Krakau. Der Privatdozent für Kinderheilkunde Dr. F. X. Lewkowicz wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Konstruktion und Handhabung elektro-medizinischer Apparate

von

Johannes Zacharias und Mathias Müsch,

Ingenieure.

[VIII, 292 S. gr. 8° mit 209 Abbild.] 1905. Preis brosch. M. 8.—, geb. M. 9.—.

Die Verfasser haben es unternommen, in diesem Werke unter zweckentsprechender Auswahl in der Heilkunde gebrauchte Apparate ihrer Konstruktion und Handhabung nach darzustellen, bei welchen die Elektrizität direkt oder indirekt Verwendung gefunden hat.

Deutsche med. Wochenschrift: Die Apparate zur Anwendung der Elektrizität in der Medizin haben eine solche Ausdehnung erreicht, ihre Konstruktion ist in so stetem Fortschreiten begriffen, daß eine gesonderte Darstellung gerechtfertigt erscheint . . . Wir finden darin die Apparate zur Erzeugung der Elektrizität (Elemente, Akkumulatoren, Dynamos, Lichtquellen, Elektromotoren u. a. m.). Es folgen die Apparate zur Untersuchung (Röntgenstrahlen, Endoskopie usw.), sowie zur Behandlung (die verschiedenen Stromesarten, Licht, Wärme, Ozon, Augenelektromagnet). Selbstverständlich sind auch die neueren Errungenschaften, die Arsonvalisation, die sinusoidalen Wechselströme, die magnetischen Heilapparate vertreten . . . In dem sehr willkommenen Kapitel über die Behandlung und Reparatur der Apparate wird für Betriebsstörungen in erster Linie der Zustand der Elemente verantwortlich gemacht. Es dürfte sich mehr empfehlen, die Aufmerksamkeit zuvörderst auf die Kontakte, Leitungsschnüre und Elektroden zu richten, und erst, wenn sich dort nichts findet, die zeitraubende Untersuchung der Elektrizitätsquelle anzuraten.

Chemische und mikroskopische Diagnostik.

Eine praktische Einführung für Studierende und Ärzte

von

G. Zuelzer.

XII, 256 S. mit 109 Abb. u. 9. farb. Tafeln. 1907. M. 9.—, geb. M. 10.—.

Berliner Klinische Wochenschrift: Zuelzers handliches Buch unterscheidet sich von den sonst gebräuchlichen Darstellungen der mikroskopischen und chemischen Diagnostik zunächst durch die Anordnung des Stoffes; es verläßt die übliche systematische Einteilung, welche auf Analyse und Histologie begründet ist, zugunsten des rein klinischen Gesichtspunktes, nicht unähnlich hierin dem bekannten großen Werke da Costas. Außer dem Studierenden werden ältere Praktiker das Buch gern zur Hand nehmen, da es ihnen nicht nur eine Auffrischung älterer Kenntnisse in sehr lesbarer und angenehmer Form bietet, sondern sie auch mit den wichtigsten neueren Untersuchungsmethoden rasch und ohne Detailkrämerei vertraut macht.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Februar 1908. No. 2.

I. Originalbeiträge.

Aphorismen zur Kinderchirurgie.

Von

Prof. **Carl Bayer** (Prag).

(Schluß.)

Einfache Hasenscharten rate ich nicht vor Ablauf des ersten halben Jahres, Wolfsrachen nicht vor dem vollendeten 4.—6. Lebensjahre zu operieren. Ich habe es immer bereut, wenn ich von dieser Regel abgewichen bin. Tödliche Enteritis und Bronchitis rafft die meisten zu früh operierten Hasenscharten hinweg, während andererseits durch sorgfältige Pflege und Ernährung (mit dem Löffel) viele mit diesem Spalt behaftete Kinder kräftig gedeihen und zur rechten Zeit schöne operative Resultate geben. Übrigens ist zu sagen, daß eine ganze Reihe dieser Kinder trotz Lippen- und Gaumenspalt virtuos saugen lernt. Bei Wolfsrachen ist Sprachübung die Hauptsache. Auch ein tadelloses anatomisches Resultat der Operation kann funktionell für immer mangelhaft bleiben.[1])

Die Reparationsfähigkeit der Mißbildungen des Tractus urogenitalis hängt von ihrem Grade ab. Blasenspalten, zumeist mit totaler Epispadie gepaart, sind prognostisch immer schlecht, ob es auch gelingt, das Trigonum in das S Romanum oder Rektum einzupflanzen oder nach vieler Mühe mit allerlei plastischen Nachhilfen den Spalt endlich zum Verschluß zu bringen. Ein Sphinkter mangelt im letzteren Fall stets und muß durch Bandagen mit Federpelotten ersetzt werden. Am günstigsten liegen die Verhältnisse bei Hypospadie des Penis mit Ausmündung der Urethra nicht zu weit hinter der Glans. Oft ist eine hochgradige Verengerung des verlagerten Orificiums da. Man erweitere vor allem dieses. Fürs erste genügt dieser Eingriff vollkommen. Später kommt die Beck-Bräuer-Hackersche Operation (Auspräparieren der Harnröhre und Durchziehen derselben durch die tunnelierte Glans in Betracht.) Für die Hypospadie mit Ausmündung an der Skrotalwurzel eignet sich diese Methode wegen starker Verziehung des Penis und Gefahr der Gangrän der abpräparierten, gespannten Urethra weniger. Hier sind plastische

[1]) cf.: Springer und Schleissner (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 47 u. 48).

Operationen (Dolbeau, Thiersch usw.) am Platze. Urolithiasis der Kinder gibt oft Anlaß zu chirurg. Intervention. Interessant sind die zufälligen Befunde von Steinen im Nierenbecken bei Sektionen, von denen man keine Ahnung hatte. Plötzlich herabgestiegen, wirken sie als Ventile beim Urinieren, indem sie das Orific. intern. urethrae verschließen, oder wenn sie das Lumen passieren, sich in der Urethra festkeilen. Die Indikation ist klar, sobald der Katheter an den Stein anstößt. Im späteren Kindesalter kommt es nicht selten auch zu erworbener Steinbildung um eingeführte Fremdkörper herum. So mußte ich einmal bei einem 11jährigen Mädchen einen großen Doppelstein durch Sectio alta entfernen, der sich zum Teil in der Blase, zum Teil in der Scheide um eine Haarnadel angesetzt hatte, die in perverser Libido einst in die Harnröhre eingeführt worden war, in die Blase schlüpfte und durch Aufstellen und Spießung das Septum vesicovaginale allmählich perforierte. — Große und multiple Steine rate ich immer durch die Sectio alta zu entfernen. Die Blase wird exakt wieder vernäht, ebenso über einem Drainrohr die übrige Wunde. Verweil-Nélaton auf 2—3 Tage. Es ist erstaunlich, wie rasch und schön die Heilung erfolgt. Kleinere Steine kann man mit Erfolg litholapaxieren. Mir ist einmal auch bei einem 3jährigen Knaben die Zertrümmerung geglückt. Er war in wenigen Tagen vollkommen wiederhergestellt.

Sehr dankbare Objekte der operativen Therapie sind kindliche Hernien, vorwiegend Nabel- und inguinale Brüche (letztere auch bei Mädchen häufiger als crurale.) Bei Inkarzeration (im Verlaufe von Bronchitiden, Keuchhusten, Enterokatarrh) muß selbstverständlich sofort operiert werden, sobald der Bruch nicht zurückgebracht werden kann. Die komplizierende Grundkrankheit ist dabei sowohl für die Narkose als den weiteren Verlauf von großer Bedeutung. Lokale Kelenanästhesie und rasches Operieren hilft über die erstere Schwierigkeit hinweg.

Freie Nabelhernien sind durch Auspräparieren des Peritonealsackes, Abbinden an der Basis, Abtragung und Naht der Fascienränder der Mm. recti über den Stumpf leicht zu beseitigen. Inguinalhernien versorgt man am einfachsten durch die tiefe Naht des Inguinalkanals (Rektusrand — Lig. Pouparti) und Aponeurosennaht darüber. Kompliziertere Methoden sind überflüssig. Durch sorgfältige Ablösung des Plexus läßt sich auch bei Kryptorchen der ektopische Hode schön ins Skrotum herunterholen. Säuglingen lasse ich zunächst ein leichtes Bruchbändchen anlegen (sorgfältige Hautpflege!) und operiere sie am liebsten erst nachdem sie abgestillt worden. Es ist das eine Vorsicht, die wohl zu beherzigen ist: das Kind hat einmal seine Lebensfähigkeit erwiesen; Komplikationen nach der Operation fallen ziemlich alle fort. — Von den übrigen seltenen Hernien sah ich nur einmal eine lumbale im Rhombus Lesshafti bei einem Mädchen, das in früher Jugend einen Abszeß daselbst gehabt hatte. — Epigastrische Liparocelen, die auch bei Kindern Verdauungsbeschwerden verursachen können, operiere man.

Als nicht allzuseltene Überraschung bei der Operation von kindlichen Hernien möchte ich die Bruchsacktuberkulose erwähnen. Ge-

wöhnlich ist dann auch das übrige Peritoneum mehr oder weniger stark erkrankt und entleert sich bei Eröffnung des Bruchsacks eine größere Menge seröser Flüssigkeit aus dem Unterleibe. Nichtsdestoweniger heilen diese Hernien gut; hier und da aber kommt es zu langwierigen Fistelbildungen. Von Hydrozelen rate ich nur die persistierenden zu operieren; eine ganze Reihe der sog. Wasserbrüche, mit denen Kinder geboren werden, bilden sich im Laufe des ersten Lebensjahres wieder zurück.

Der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose wurde schon oben gedacht, ebenso die Perityphlitis kurz gestreift. Zu ergänzen wäre das über letztere Erkrankung bereits Gesagte dahin, daß wir alle akuten Fälle, die mit peritonealen Erscheinungen einsetzen, sofort operieren. Wird der Fall spät — am 5. und folgenden Tagen — mit begrenztem Exsudat eingebracht, so wird nur dann operiert, wenn entweder ein Abszeß deutlich vorhanden ist oder plötzliche ungünstige Wendungen eintreten. Immer wird dann aber auch nach Schwund des benignen Exsudats operiert; chronisch verdickte und verwachsene Appendizes, die immerwährende Beschwerden verursachen, werden exstirpiert. Interessant sind die im weiteren Verlaufe schwerer Perityphlitiden bei Kindern hier und da auftretenden tumorartigen, retroperitonealen Exsudate, per Rektum hinter der Blase als höckerige Wülste tastbar. Oft sind da Harnbeschwerden die vorherrschenden Symptome, derenwegen die Kinder gebracht werden. Bei sorgfältiger Behandlung (Einpackungen, Diät, Katheterismus, vorsichtige Lavements im Bedarfsfalle) gehen sie in der Regel spurlos zurück.

Aus der Reihe der übrigen chirurgischen Darmleiden des Kindesalters möchte ich ein Wort noch der Intussuszeption (Volvulus selten; ich selbst sah ihn nur einmal mit mesenterialen Lymphzysten kombiniert) und einigen selteneren Affektionen widmen. Die einzig richtige Therapie bei Intussuszeption ist die Laparotomie und Desinvagination, sobald die Diagnose feststeht (tastbarer Wulst, wandernder Wulst), noch bevor blutige Stühle auftreten. Spontane Lösung ist höchst selten, — ich selbst habe sie aber auch erlebt in einem Falle, den ich eben im Begriffe war zu operieren. — Sogenannte mesenteriale Chyluszysten können so groß werden, daß sie Aszites vortäuschen, wie ich gesehen. So große Zysten lassen sich selten auch ganz exstirpieren; doch ist andererseits die Eröffnung und Drainage wegen der Gefahr einer Sekundärinfektion des Sackes von außen auch nicht ganz harmlos.

Über die rationelle Therapie bei Hirschsprungscher Krankheit herrschen zur Zeit noch Meinungsdifferenzen. In hochgradig hartnäckigen Fällen, wo konsequente Irrigationen, verbunden mit Elektrizität, Massage usw. nicht zum Ziele führen, sind operative Eingriffe (Anastomose, Ausschaltung des in seiner Struktur erkrankten Dickdarmabschnittes) jedenfalls am Platze.

Günstig für die Operation sind die ätiologisch oft unklaren Empyeme der Bauchhöhle und die durch angeborene und entzündlich erworbene sog. Pseudoligamente, durch Ulzerationsprozesse der Darmschleimhaut, Fremdkörperdecubitus und Vernarbung mit Anwachsungen erzeugten Darmstenosen. Spulwürmer, unverdauliche Obst-

reste, Kerne, Schalen usw. spielen da eine große Rolle. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, derlei Darmstenosen bei Kindern durch Laparotomie, Trennung der abschnürenden Stränge bzw. Darmanastomose zu heilen. Auch tief im Rektum sitzende Narbenstenosen gibt es im Kindesalter; ich sah einen solchen Fall bei einem Säugling. Die Stenose war erzeugt worden durch eine übersehene Geschwürsbildung infolge der Einführung von Suppositorien aus roher Seife zum Zwecke der Stuhlerzeugung.

Maligne Darmtumoren sind äußerst selten. Ich sah nur ein Karzinom des Rektum bei einem 14jährigen Mädchen. Die Prognose ist schlecht, auch nach vorübergehender anscheinender Heilung durch Exstirpation. Genau so verhält es sich mit den etwas häufiger vorkommenden Sarkomen; sie kommen gewöhnlich erst dann zur Behandlung, wenn schon multiple Mesenterialdrüsentumoren und Aszites die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Drüsengeschwulst recht erschweren. Ich hatte Gelegenheit, zwei solche Fälle zu laparotomieren. Merkwürdigerweise gingen nach dem Probeschnitt und Ablassen der Peritonealflüssigkeit die Geschwülste rapid zurück; aber ebenso rasch trat allgemeiner Verfall und bald Exitus ein.

Der gutartigen Rektalpolypen möchte ich nur insofern Erwähnung tun, als der sonst geringfügige Eingriff zu deren Entfernung doch einiger Vorsicht bedarf. Ich rate, den Stiel vor der Durchtrennung mit dem Thermokauter mittels einer Durchstechungsligatur abzubinden. Ich habe einmal nach einfachem Abbrennen aus dem gar nicht starken Stiel eine bedrohliche Nachblutung entstehen sehen und habe dieses unangenehme Akzidenz nicht mehr erlebt, seit ich die eben betonte Vorsicht brauche.

Von den gutartigen Geschwülsten kommen bei Kindern außer Dermoiden und reinen Fibromen und Lipomen Gefäßgeschwülste häufig vor. Letztere sind entweder Hämangiome oder Lymphangiome oder Kombinationen beider und mit Lipom. Für erstere (Hämangiome) zeigen gewisse Körperstellen eine typische Prädilektion —, die sogenannten fissuralen Angiome; zystische Lymphangiome kommen am häufigsten in der Parotis und am Halse, kavernöse in der Zunge, Achselhöhle und um die Inguinalgegend herum vor. Nur die begrenzten dieser Tumoren sind gut zu exstirpieren, eventuell auch mit folgender Plastik (Augenlider, Wange); die diffusen, nicht weiter wachsenden, läßt man am besten in Ruhe, außer sie sitzen im Gesichte und verunstalten. In solchen Fällen kann man durch wiederholte methodische Kompressionen, Unterbindungen zuführender Gefäße, periphere Alkoholinjektionen, partienweise Thermo- oder Galvanokauterisationen hier und da Besserungen erzielen. Die Makroglossa (lymphatischen oder muskulären Ursprungs) gibt wegen Schluck- und Atmungsbehinderung häufig die Indikation zu Exzisionen von Keilstücken mit folgender Naht ab. Kleine Angiome beseitigt man am bequemsten durch Betupfen mit rauchender Salpetersäure mittels eines Holzstabes, den man an einem Ende stumpf, am andern spitz zuschneidet, um auch die peripheren Gefäßausläufer veröden zu können. Diese Methode ist auch für einzelne Naevi pigmentosi brauchbar. Größere, behaarte Muttermale rasiert man am besten flach weg;

zurückbleibende kleine Pigmentinseln radiert man mit einem bauchigen Skalpell wie einen Tintenfleck aus.

Strumen kommen selten zur Operation (Zysten, kleine Adenomknoten). Die häufigen Hypertrophien der Reifezeit gehen auf lokale Jodsalbenbehandlung und Umschläge zurück.

Die persistierende hypertrophische Thymus, meist kombiniert mit sogenanntem Status lymphaticus und einer gewissen Enge der Aorta (Paltauf), spielt im kindlichen Alter eine bedeutende Rolle. Die damit behafteten Kinder sind sehr hinfällig und vertragen namentlich die Narkose schlecht (Thymustod[1]). Leider ist die genaue Diagnose in vivo kaum zu stellen, höchstens mit großer Wahrscheinlichkeit zu erschließen. Echte Geschwülste der Thymus (Zysten, Sarkome) sah ich bei Kindern nicht; dagegen erlebte ich einen plötzlichen Todesfall bei einem Erwachsenen (Tod beim Aufsetzen im Bett), dessen Sektion ein Sarkom der Thymus nachwies.

Mit der Entwickelung der Zahnkeime hängen zystische und proliferierende Bildungen mit Dislokation, Retention und Überproduktion von Zähnen, Hyperostosen und epithelialen Wucherungen zusammen. Besonders interessant sind die symmetrisch beide Ober- und Unterkiefer einnehmenden Zysten; auch einen solchen Fall hatte ich Gelegenheit zu operieren. Die Operation muß sehr schonend geschehen, um nicht noch mehr zu zerstören, als schon die Geschwulst getan; für die zystischen Bildungen genügt die Ausschälung der Innenhaut der Zyste von einem Einschnitt aus mit dem Raspatorium; hier und da ist partielle Wandresektion nötig. Solide Tumoren erheischen partielle — auch totale Resektion, bzw. Enukleation.

Zirkumskripte Ekchondrosen (oft kommen sie multipel vor im Bereiche der Knorpelfugen aller Extremitäten, der Wirbelsäule und Rippen zugleich) geben in der Regel nur dann Anlaß zu operativen Eingriffen, wenn sie durch Reibung an den Kleidern schmerzhafte Schleimbeutel auf der Kuppe entwickeln oder die Haut wundschinden. Man meißelt sie an der Basis ab. Interessant ist das „Wandern" dieser Gebilde durch das Wachstum diaphysenwärts, so daß sie im späteren Alter oft weit weg von der Epiphysenfuge verknöchert am Schaft angetroffen werden.

Echte Knorpelfugen-Enchondrome als Geschwülste mit hyaliner Struktur sind seltener. Sie können bedeutende Größe erreichen — bis die eines Kopfes. Ich sah ein solches im Bereiche der oberen Tibiaepiphyse und zwei am Becken, die letzteren bei Erwachsenen.

Über einen im Alter von 11 Jahren 1897, also vor 10 Jahren, wegen Sarkom der Orbita operierten Knaben habe ich vom 28. Oktober d. J. Nachricht. Er ist vollkommen gesund.

Einen zweiten Knaben, dem ich im Jahre 1900 ein Sarkom der linken Clavicula exstirpiert hatte, konnte ich am 10. November v. J. nachuntersuchen. Auch dieser Fall ist bis jetzt rezidivfrei. Statt der Clavicula zieht vom Sternum zum Akromion eine strangförmige,

[1]) Einen hierher gehörigen Fall habe ich in der Médecine scientifique Mai 1895 mitgeteilt.

etwas eingezogene derbe Narbe. Die Beweglichkeit des Armes ist vollkommen frei.

Die zwei Fälle sind ein Lichtstrahl in der Reihe der düsteren Schatten der Statistik kindlicher Geschwülste.

Alle malignen Geschwülste der Kinder, ob sie nun als Karzinome oder Sarkome der inneren Organe (vorwiegend Nieren) auftreten oder als Sarkome der Lymphdrüsen, des Periosts (Röhrenknochen, Orbita, Kiefer, Schädelbasis, glatte Schädelknochen), des Bindegewebes (Nervenscheiden, Rachen-Nasenschleimhaut usf.) zur Entwicklung gelangen, sind immer von allerschlechtester Prognose, um so ungünstiger, je weicher die Geschwulst (Glia-Sarkome) und je jünger das Kind. Ich habe immer den Eindruck, entgleistes embryonales Gewebe vor mir zu haben, das ebenso lebhaft weiter wächst, wie ein Fötus. Man wird, solange der Tumor gut begrenzt ist, in Anbetracht der Aussichtslosigkeit jeder andern Therapie immer den Versuch der Exstirpation machen müssen, — aber man wird wenig Freude davon erleben, mag der momentane Erfolg noch so glänzend scheinen. Von unsern nephrektomierten Kindern lebt nur noch der allerletzte Fall, erst vor $^1/_2$ Jahre operiert. Technisch bieten die Exstirpationen für geübte Hände sonst keine Schwierigkeiten. Es ist mir sogar einmal ganz gut gelungen, ein faustgroßes Prostatasarkom in toto mit der ganzen Harnblase, deren hintere Wand mitergriffen war, sauber zu exstirpieren. Die Ureteren wurden ins Rektum eingenäht. Das Kind starb erst einige Tage nach dem Eingriff infolge Nekrose des einen Ureterendes, wodurch die Naht undicht geworden.

Wir sehen: die Kinderchirurgie hat ihre Grenzen; sie sind sogar enger gesteckt als die der Chirurgie Erwachsener und es nützt leider nichts, sie krampfhaft erweitern zu wollen. Nihil nimis, — möglichst einfach und nicht zu viel! Der Kinderchirurg hat auch mit allen übrigen Gefahren, welche das zarte Alter umgeben, zu rechnen; wie oft verdirbt ihm eine Enteritis oder Skarlatina die schönsten Erfolge und Pläne!

Vieles wäre noch zu sagen; manches mußte ich ganz unberücksichtigt lassen, manches konnte ich nur kurz streifen. Eines nur möchte ich zum Schluß noch bemerken. Zu allen größeren Eingriffen verwende man reines Chloroform (sparsam! tropfenweise!) und narkotisiere, sobald das Kind eingeschlafen, mit Billroth-Mischung weiter. Kinder — auch Neugeborene — vertragen vorsichtige Narkosen ganz gut. Viele davon, deren Verdauung gut ist, schauen nach dem Erwachen wie nach normal tiefem Schlafe umher, ob es etwas für den Magen gibt. Für kurze Eingriffe genügt der Ätherrausch. Lokale Anästhesie besorgt Kelen, da Kokain und Morphium in ihren Kombinationen als Infiltrationsanästhesie (Schleich) für Kinder gleich gefährlich sind wie die Biersche Rückenmarksanästhesie. Kinder wollen eben anders angefaßt werden als — Erwachsene; sind aber dankbare Patienten. Manches Kind, das schreiend und strampelnd den Chirurgen empfängt, reicht ihm die Hand und lächelt ihn an, wenn er nach vollbrachter Operation wiederkommt.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

B. Weyl, Klinische und anatomische Befunde bei akuter nicht eitriger Enzephalitis eines Kindes. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 2.) $5^1/_2$ jähriger Knabe erkrankt akut unter dem Bild einer zerebralen Affektion und stirbt noch 4 Tagen. Keine bestimmte klinische Diagnose; die Sektion ergibt im Gehirn makroskopisch nichts, mikroskopisch dagegen stellenweise Infiltration der weichen Hirnhäute; herdweise über Rinde und Mark regellos verteilte, um die Gefäße herum gruppierte, nicht eitrige enzephalitische Herde, die im wesentlichen bestehen aus einer Anhäufung von Lymphozyten und Plasmazellen bei Fehlen von Körnchenzellen und polynukleären Leukozyten; Infiltration und Verdickung der Gefäßwände; Gefäßsproßbildung; Zellteilungserscheinungen; Degenerationserscheinungen an den Ganglienzellen.

Hecker.

W. E. Tschernow, Ileus bei Kindern; Volvulus flexurae sigmoideae. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 3.) Ausführliche, auch literarische Darstellung des in Rede stehenden Krankheitsbildes unter Zugrundelegung eines selbst beobachteten Falles. Zur Entstehung eines Volvulus flexurae sigmoideae sind, wenigstens bei Kindern, folgende zwei Grundbedingungen unumgänglich nötig: ein Hindernis für die Fortbewegung der Fäkalmassen in das Rektum und eine Veränderung des Mesosigma, und zwar eine Entwicklung von Bindegewebe, von Narben, empfindlichen Infiltraten in denselben usw., kurz die Entstehung solcher Prozesse, die zuguterletzt das Mesenterium des Mesokolons verkürzen, die Schenkel desselben einander nähern und diesen Darmteil weniger beweglich werden lassen. Dort, wo solche Veränderungen fehlen, ist auch ein Grund für die Entstehung von Volvulus vorhanden. Bei gesunden Kindern sind die Flexurae sigmoideae und deren Mesenterium sehr lang und beweglich, und deswegen ist auch bei ihnen ohne Bestehen der bezeichneten Ursachen Volvulus bisher nicht beobachtet worden.

Hecker.

Helene Stoeltzner, Die osmotische Konzentration der gebräuchlichsten Säuglingsnahrungen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 3.) Die osmotische Konzentration gibt Aufklärung über die Gesamtzahl der Moleküle und Ionen in einem Liter, das elektrische Leitungsvermögen dagegen lediglich über die in einer Flüssigkeit vorhandenen Ionen. Verf. machte bei den gewöhnlich gebräuchlichen Säuglingsnahrungen Bestimmungen über die Gefrierpunktserniedrigung und stellte die Resultate in einer übersichtlichen Tabelle zusammen. Am stärksten hypotonisch im Vergleich mit der Frauenmilch sind die reinen Mehlabkochungen, am stärksten hypertonisch sind die verschiedenen Mischungen der kondensierten Schweizermilch. Bemerkenswert ist der verschiedene kryoskopische Punkt beim gleichen Präparat je nach seiner Mischungsart. So besteht zwischen der für den 1. und der für den 9. Monat zubereiteten Schweizermilchmischung eine Differenz von 0,59°, also reichlich so viel wie der Wert von Δ für die Frauenmilch überhaupt beträgt. Ähnliche Verhältnisse zeigen

sich auch bei Theinhardt, Mellin, beim Soxhlet-Nährzucker; am wenigsten, nur 0,08°, beträgt der Unterschied bei den drei Heubnerschen Milchmischungen. Folgt eine Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über die Bedeutung der osmotischen Konzentration, woraus nur hervorgeht, daß osmotische Vorgänge an den Veränderungen, welche der Mageninhalt während der Verdauung erfährt, wesentlich beteiligt sind, und daß die osmotische Konzentration der Nahrung auch beim Säugling für den Ablauf der Magenverdauung nicht ohne Bedeutung ist. Hecker.

Thaddäus Zelenski, Zur Frage der Pasteurisation der Säuglingsmilch. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 3.) Verf. suchte experimentell das Verhalten der Mikroorganismen bei der Erwärmung in verschiedenen Bedingungen zu untersuchen. Die Resultate sind recht interessant und können hier nur auszugsweise mitgeteilt werden. Zur vollständigen Abtötung der 24 stündigen Kultur von B. coli reicht eine bedeutend niedrigere Temperatur aus als für die Sterilisation des frisch infizierten identischen Nährmediums. Auf die Widerstandsfähigkeit einer Bakterie ist das Medium, in welchem man sie erwärmt, von großem Einfluß, und zwar ist zur Abtötung eines Bakteriums in der Milch eine viel höhere oder länger dauernde Temperatur nötig als zur Abtötung derselben Bakteriengattung in der Bouillon. Die quantitativen Unterschiede stellten sich folgendermaßen dar:

a) Bei einmaligem Erwärmen wird Bact. coli in der Bouillon oberhalb 77° und in der Milch erst oberhalb 64° getötet.

b) Beim Eintauchen der Probiergläser in ein Wasserbad von 75° Wärme wird

Bact. coli in der Bouillon schon nach 1 Minute,
Bact. coli in der Milch oberhalb 6 Minuten getötet.

c) Beim Erwärmen in einer Temperatur von 60° wird Bact. coli

in der Bouillon oberhalb 40 Minuten,
in der Milch „ 78 „ getötet.

d) Beim Erwärmen in der Temperatur von 70° wird Bact. coli

in der Bouillon oberhalb 1½ Minuten,
in der Milch „ 13 „ getötet.

Die Widerstandsgrenze der im Rahm erwärmten Bakterien ist noch höher als in der Milch.

Weitere Versuche betrafen die Frage, ob eine Temperatur, die zur absoluten Abtötung aller in der Milch befindlichen sporenlosen Bakterien nicht ausreicht, nicht doch irgend einen Einfluß auf die Lebensfunktionen der Bakterien ausübt. Es ergab sich nun unzweifelhaft, daß schon eine — hinsichtlich der Höhe oder der Zeitdauer — von der Lebensfähigkeitsgrenze der betreffenden Bakterie sehr entfernte Temperatur die Entwicklungsfähigkeit dieser Bakterie sehr benachteiligt oder sogar bei weniger günstigem Substrat (fester Nährboden) beinahe gänzlich aufhebt. Parallel mit der Herabsetzung der Entwicklungsfähigkeit vermindert sich auch die Fähigkeit der Bakterien, die Milch zum Gerinnen zu bringen.

Wenn Milch in möglichst frischem Zustand erwärmt und unmittelbar danach in niedrige Temperatur gebracht und in dieser aufbewahrt wird, dann kann die so erzielte Abschwächung der Lebensfunktionen der Mikroorganismen in der Milch in praktischer Hinsicht mit deren Abtötung als gleichbedeutend erachtet werden. Es würde also die Anwendung einer Temperatur ausreichen, bei welcher sowohl die Fermente als auch andere biologische Eigenschaften der frischen Milch intakt bleiben — „relative“ Pasteurisierung der Milch. Diese ist vor allem geeignet für Musteranstalten der künstlichen Ernährung mit garantiert frischer Milch. Da zur Tötung des Tuberkelbazillus viel höhere und länger dauernde Wärme als zur Pasteurisierung gewöhnlich verwendet, nötig ist, erfordert auch die relative Pasteurisation den Milchbezug von tuberkelfreien Kühen.

Die Produktion der Milch für Säuglinge ist von dem allgemeinen Milchgewerbe abzusondern und in speziellen öffentlichen Musteranstalten zu konzentrieren. Hecker.

A. Szana (Temesvàr), Das Fürsorgewesen für Säuglinge. Fürsorge für in öffentliche Versorgung gelangende Säuglinge. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. November 1907.) S. stellt folgende Leitsätze auf:

1. Die Säuglingsfürsorge muß einsetzen mit der Versorgung der der öffentlichen Versorgung bedürftigen Säuglinge. Die Mortalität dieser Säuglinge bestimmt die Höhe der allgemeinen Säuglingsmortalität, durch Hebung des Standard of life dieser Schichten hebt sich automatisch die Hygiene sämtlicher Säuglinge.

2. Die Aufnahme und Versorgung von Säuglingen in die öffentliche Fürsorge ist in dem ungarischen System der staatlichen Fürsorge mustergültig gelöst. In Ungarn übernimmt der Staat die Versorgung der der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Säuglinge, für die er durch Kinderasyle sorgt. Die Übernahme in öffentliche Versorgung geschieht, sobald die Bedürftigkeit angemeldet wird. Eine genaue behördliche Prüfung der Bedürftigkeitsumstände erfolgt erst nach der Aufnahme des Säuglings.

Er ergänzt diese Hauptsätze mit folgenden Nebensätzen.

3. Als Folge dieses Systems, welches der Mutter doch eine Verantwortung und Lasten aufbürdet, kommen in Ungarn die Säuglinge älter zur Aufnahme als beim romanischen System, welches direkt zur Abgabe der Säuglinge reizt, etwa im selben Alter als beim germanischen System in das städtische Kinderasyl in Berlin, doch mit bedeutend höherem Durchschnittsaufnahmegewicht als in diese Anstalt, wohl weil kein einziger Fall durch administrative Schwierigkeiten verspätet aufgenommen wird.

4. Wie wichtig die frühzeitige Aufnahme ist, beweist, daß die im späteren Alter zur Aufnahme gelangenden Säuglinge mit einem zum Durchschnittsgewicht immer tiefer sinkenden Aufnahmegewicht zur Aufnahme kommen, es sterben von diesen zweimal soviel als von

denen, die mit schwererem Gewicht als der Durchschnitt zur Aufnahme gelangen.

5. Die Versorgung des Säuglings geschieht im ungarischen Systeme prinzipiell bei der Mutter und werden außerhäuslich erwerbstätigen Frauen Stillprämien gegeben, damit sie zu Hause bleiben und säugen können. Mütter, die keine eigene Wohnung besitzen, werden mit ihrem Kinde in Außenpflege gegeben. Nur wenn keine der beiden Arten anwendbar ist, kommt das Kind zu einer Pflegemutter.

6. Von den durch eine Pflegemutter gesäugten Säuglingen starben dreimal soviel als von jenen Säuglingen, die durch ihre Mutter gegen Stillprämie gesäugt wurden, und zweimal soviel als von jenen, die mit ihrer Mutter in Außenpflege gegeben wurden.

7. Bei gleicher Art der Versorgung ist ein Unterschied zwischen der Sterblichkeit von ehelichen und unehelichen Säuglingen nicht zu konstatieren.

8. Die Sterblichkeit der von einer Pflegemutter gesäugten Säuglinge ist um $^{1}/_{4}$ auch noch im zweiten Jahre größer als die von der eigenen Mutter gesäugten, um $^{1}/_{5}$ auch noch im dritten Jahre, und erst im vierten Jahre verschwinden die Unterschiede.

9. Die in öffentlicher Versorgung befindlichen Säuglinge haben, wenn sie gegen Stillprämien bei ihrer Mutter belassen werden, ein Durchschnittsgewicht, das höher ist als das Aufnahmegewicht der in öffentliche Versorgung kommenden Säuglinge gleichen Alters. Werden die in öffentlicher Versorgung befindlichen Säuglinge mit der säugenden Mutter zusammen in Außenpflege gegeben, so ist ihr Durchschnittsgewicht beiläufig gleich dem Aufnahmegewicht der in öffentliche Versorgung kommenden Säuglinge. Werden diese Säuglinge aber durch eine Pflegemutter gesäugt, so ist ihr Durchschnittsgewicht (immer nach mindestens 4 wöchiger Versorgung) niedriger als selbst das Aufnahmedurchschnittsgewicht der in öffentliche Versorgung gelangenden Kinder.

10. Unter den eigenen Kindern der säugenden Pflegemutter, welche dem Pflegekinde zuliebe früher entwöhnt werden, sind durch das frühere Entwöhnen keine Todesfälle nachzuweisen.

11. Unter den durch eine Pflegemutter gesäugten Kindern ist die Sommersterblichkeit $^{1}/_{4}$ größer als die des übrigen Jahres. $^{1}/_{4}$ der verstorbenen Säuglinge starb einen Monat nach seiner Aufnahme.

12. Die Prinzipien einer richtigen Statistik von Säuglingsschutzinstitutionen sind einheitlich festzustellen. Diese Statistik muß das Aufnahmealter und die Dauer des Aufenthalts berücksichtigen. Das Schicksal der aus der Beobachtung Scheidenden ist zu berücksichtigen.

Grätzer.

Spitzy, Hand und **Heinz Reiner,** Die Sakrokoxitis des Kindesalters. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 420.) S. und R. entwerfen auf Grund dreier eigener Beobachtungen ein Bild der Sakrokoxitis des Kindesalters.

Im Vordergrund steht die Lokomotionsstörung. Ein sonst gesundes Kind beginnt zu hinken, vermeidet die Belastung auf einem

Bein, hört bei zunehmender Erkrankung ganz zu gehen auf, zeigt auch Unlust zum Sitzen, bevorzugt dabei die Gesäßhälfte, stützt sich mit den Armen, zieht schließlich überhaupt seitliche Rückenlage vor. Dabei fehlen alle koxitischen sowohl wie spondylitischen Symptome. Palpatorisch ist wichtig und allen Fällen gemeinsam große Schmerzhaftigkeit beim Versuch, die Darmbeinschaufeln gegeneinander oder gegen das Kreuzbein zu bewegen. Aus diesem Grunde zeigen auch die Patienten, wenn man sie überhaupt zum Stehen auf einem Beine bewegen kann, das Trendelenburgsche Phänomen. Die Kontraktion der Glutaealmuskulatur vermag nicht nur das Becken horizontal gegen das Standbein zu halten, sie preßt bei ihrer Kontraktion infolge ihres Faserverlaufs auch das Kreuzbein gegen das Darmbein. Diese heftigen Schmerz verursachende Muskelaktion wird deshalb vom Patienten ängstlich vermieden. Das Becken der gesunden Seite sinkt herab. Auch stärkere Betastung der Gegend der Synchondrose von außen kann zu Schmerzensäußerungen führen. Am meisten Aufschluß gibt die bimanuelle Untersuchung, die beim Kinde mit seinen relativ kleinen Verhältnissen leicht bis zur Höhe des Kreuzbeins durch den in das Rektum eingeführten Finger und die der Synchondrose aufgelegte Hand ausgeführt werden kann. Sie verschafft uns Klarheit über die Größe der pathologischen Beweglichkeit in der Darmbeinfuge, sie orientiert über die Größe und den Verlauf der innerhalb des Beckens liegenden Abszesse. Der ossäre Charakter der Infektion, wie er bei dem Kinde überhaupt das Hauptkontingent in der Gelenktuberkulose stellt, beherrscht auch hier die pathologische Entwicklung. Verkäsung und Nekrotisierung des Knochens, Bildung von kalten Abszessen gehören zur Regel. Charakteristisch ist die Zwerchsackform der Abszesse; meist besteht ein innerhalb des Beckens liegender größerer Abszeß, der Isthmus geht durch die Knochenfistel oder durch die erweiterte arrodierte Gelenkspalte; außen unter dem Periost der Darmbeinschaufel liegt der meist kleinere Teil des Zwerchsacks. Der Verlauf der Abszesse innerhalb des Beckens bietet weiter nichts Pathognomonisches. Ihr Zutagetreten an verschiedenen Stellen, an welchen Organe die Beckenhöhle durch präformierte Öffnungen verlassen, unterscheidet sich in keiner Weise von der Verlaufsrichtung kalter Abszesse anderer Provenienz.

Sp. und R. empfehlen ein möglichst konservatives Vorgehen bei dieser Gelenkerkrankung. Zu große operative Eingriffe vernichten für immer den Gelenkmechanismus und bieten keine Garantie für das Stillstehen des Prozesses. Außerdem ist der durch die Krankheit an und für sich geschwächte Organismus des Kindes kaum imstande, eine weitgehende Gelenkresektion an dieser Stelle zu überstehen, von den Schwierigkeiten bei der Reinhaltung der Wunde in dieser Gegend und der Dauer der Wundbehandlung gar nicht zu reden. Dabei wollen sie aber gar nicht der absolut konservativen Therapie dieses Leidens das Wort reden. Gerade die zwerchsackartige Form erschwert die Entleerung des Eiters durch Punktion. Jedenfalls schaffen wir günstige Verhältnisse, wenn wir die Knochenwunde direkt nach außen drainieren und so dem Eiter einen direkten Abfluß verschaffen. Der Erfolg ist insbesondere bei akuten Fällen ein in die Augen springender.

Die Hauptsache bleibt dabei die möglichst rasche Freilegung der Synchondrose, mit möglichster Schonung der zu derselben senkrecht verlaufenden Glutaealmuskulatur. Die Beobachtung dieser anatomischen Verhältnisse ergibt den Bogenschnitt von selbst. Die übrige Operation richtet sich nach den pathologischen Veränderungen, die Hauptsache bleibt dabei — wohlgemerkt beim Kinde — nicht zuviel zu tun. Die langwierige Weiterbehandlung des gesetzten Defektes deckt sich mit der Therapie der Gelenktuberkulose. Das Gehen und die Belastung der kranken Seite ist auf Jahre hinaus zu unterlassen.

Joachimsthal (Berlin).

H. Jacobsthal, Über die in der Adoleszenz auftretende Verdickung der Tuberositas tibiae. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 86. Heft 5 u. 6. S. 493.) In den 3 Fällen, über die J. aus der chirurgischen Universitätspoliklinik zu Jena berichtet, treten bei Knaben in der Adoleszenz exostosenartige Knochenwucherungen am schnabelförmigen Fortsatz der oberen Tibiaepiphyse auf, einmal unmittelbar im Anschluß an ein Trauma, einmal 4 Wochen nach einem solchen, einmal kann man nur von einer traumatischen Reizung sprechen. Die Fälle unterscheiden sich von den gewöhnlichen hier vorkommenden Frakturen durch die Progredienz der Knochenwucherung. Die Affektion war einmal doppelseitig, zweimal einseitig. Das Wachstum war ein langsames, die Zeitdauer von Beginn der Erkrankung bis zur Operation betrug nur in einem Fall $^1/_4$ Jahr, in den beiden anderen 3 und 4 Jahre. Trotz dieser Zeit war die Größe der Wucherungen nicht sehr bedeutend (bis lambertsnußgroß). Von Folgezuständen ist die Beteiligung des subligamentären Schleimbeutels zu erwähnen, einmal bestand ein typisches Hygrom, ein zweites Mal nur eine Entzündung der Schleimbeutelwandung. In einem Fall hatte sich entsprechend der Exostose an der Hinterseite des Ligamentum patellae eine umschriebene überknorpelte Knochenplatte entwickelt, die wohl als das Produkt einer traumatischen Reizung aufzufassen ist. Die operative Entfernung der Exostose führte stets zur Beseitigung der Beschwerden.

Joachimsthal (Berlin).

H. Ribbert (Bonn), Die Eingangspforten der Tuberkulose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 42.) R. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zum Schluß, daß zwar bei Kindern die intestinale Infektion neben der aërogenen eine wichtige, wenn auch prozentual geringere Rolle spielt, daß aber bei Erwachsenen die weitaus überwiegende Eingangspforte der Bazillen die Lunge ist.

Grätzer.

A. Hippius und **J. Lewinson,** Oxyuris und Appendix. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 43.) Ein 6jähriges Kind erkrankte unter Symptomen, welche die sofortige Appendektomie notwendig erscheinen ließen. Die exzidierte Appendix sah äußerlich normal aus, aber bei der Eröffnung fand sich, daß sie etwa 80 Oxyuren enthielt. Die Schleimhaut erschien gelockert und hyperämisch. Am Eingange in den Wurmfortsatz sah man eine Gruppe von Oxyuren, die sich mit dem Kopfende in die Schleimhaut eingebohrt hatte und mit dem Schwanzende in das Lumen des Processus hineinragte; sie saß hier so fest, daß sie sich mit dem Finger nicht abstreifen ließ.

die in der bisherigen Kassenpraxis bei althergebrachten Mitteln Usus waren, handelt, die Differentialpreise, wobei sich oft ergibt, daß ein neues, besseres Mittel billiger ist als ein altes galenisches Mittel.

Wir dienen daher nicht nur dem praktischen Arzte in der Privatpraxis, sondern in unzähligen Fällen auch für seine Kassenpraxis.

Ob allerdings der konzessionierte Apotheker Gewinn oder Verlust hat, wenn der praktische Arzt das „Neueste" genau kennen lernt, das dürfen wir nicht in Rechnung ziehen. Jedenfalls aber dient, sozial betrachtet, unsere Arbeit dem Ziele, jeden Kranken möglichst bald mit allem Neuesten und „Besten" rasch wieder „arbeitsfähig" zu machen!! Das ist doch ohne Frage die höchste „ethische" Aufgabe des Arztes.

Wir sind daher, wenn wir getreu an der Aufgabe unserer **„Therapeutischen Neuheiten"** mitarbeiten, die obersten Wohltäter innerhalb unserer sozialen Institutionen, dem Erbe des großen Kaisers und seines „Handlangers" von Gottes Gnaden. Gerade die Kassen müßten uns besonders dankbar sein. Darauf verwies Dr. Streffer schon in seinem ersten Prospekte. Heute ist dies längst völlig einwandsfrei bewiesen.

Dem damaligen Versprechen, auch austaxierte Rezepte zu bringen, bei denen im gleichen Maße auf zweckmäßige wie ökonomische Verordnungsweise Bedacht genommen werden sollte, ist bisher wenig entsprochen worden, da die meisten bisherigen Mitarbeiter nichts derartiges boten und der früher lebhafteste Mitarbeiter Redakteur des „Rezept" war, wo er diese Seite seiner Tätigkeit in größerer Breite entfalten konnte. Jetzt, nachdem er die Chef-Redaktion der „Therapeutischen Neuheiten" übernommen hat, soll diesem Gebiete erhöhte Sorgfalt zugewiesen werden.

Die Taxation aller behandelten Mittel wird in jeder Nummer nach der Reichstaxe, Ergänzungstaxe und den jeweiligen ministeriellen Verordnungen dargeboten. Diese Kontrolle übt von nun an Apotheker F. Bruhn. In jedem neuen Jahrgange werden die Korrekturen der Preise früherer Jahrgänge genau registriert, so daß jeder bisherige Abonnent, der die Blätter alphabetisch ordnet, sehr leicht diese Korrekturen nachtragen und immer auf dem Laufenden bleiben kann.

Daß wir nach den Erfahrungen, die wir in den beiden letzten Jahren machen konnten, nur alles das bieten werden, was uns zu dem Ziele, bis 1910 den Gesamtschatz alles Brauchbaren dargeboten zu haben, führt, bedarf keiner weiteren Versicherung.

DDr. med. Johannes Linke
Herausgeber.

Wiederau und Leipzig.

Johann Ambrosius Barth
Verleger.

Bestellungen nehmen alle Buchhandlungen, Postanstalten, sowie die Verlagsbuchhandlung entgegen.



Inhaltsverzeichnis 1906.

Inhaltsverzeichnis 1907.

Leipzig. Grimme & Trömel.

Mikroskopisch wurden tiefgreifende Veränderungen der Appendixwandungen konstatiert, zum Teil akute, mit dem Charakter traumatischer Läsionen (mechanische Zerstörung der Mukosa und Submukosa), zum Teil einen chronisch atrophierenden Prozeß darstellend. — Der äußere Aspekt eines Oxyuren enthaltenden Wurmfortsatzes entspricht also nicht immer, wie auch dieser Fall zeigt, den Zerstörungen, welche die Parasiten darin hervorbringen. Und sind dank einer oberflächlichen Läsion der Schleimhaut Bakterien in die Tiefe der Appendixwandung eingedrungen, so kann die bakterielle Infektion leicht den ursprünglichen traumatischen Defekt verdecken. Jedenfalls können Infektionserreger durch Oxyuren freie Bahn in die Gewebe des Appendix erhalten, ja auch durch diese selbst eingeschleppt werden.

Grätzer.

Cassel, Erfahrungen mit Meningitis cerebrospinalis epidemica bei Kindern in Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 44.) Wenn Hirsch bezüglich der Symptomatologie der Genickstarre behauptet, daß wenige Krankheiten so außerordentlich wechseln können in der Gestaltung, Intensität und Gruppierung der einzelnen charakteristischen Erscheinungen, so kann C. ihm nach seinen persönlichen Erfahrungen wohl recht geben. „Trotzdem ist" meint C., „die Diagnose der Cerebrospinalmeningitis keine allzu schwierige, wenn man bei den fieberhaften Erkrankungen der Kinder, speziell der Säuglinge, den Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems von vornherein einige Aufmerksamkeit widmet. Die Feststellung der Benommenheit des Sensoriums, die bei Säuglingen allerdings etwas schwieriger ist (ins Leere gerichteter Blick bei parallelen Augenachsen, Nichtfixieren vorgehaltener glänzender Gegenstände, einer Flamme usw., die Unmöglichkeit, durch starke Schalleindrücke, lautes Anrufen usw. Aufmerksamkeit zu erregen), die Spannung der Fontanelle, die Kontraktur der Nackenmuskeln, der Druckschmerz an den Processus spinosi, namentlich der Halswirbel, die Hauthyperästhesie und das Kernigsche Symptom (fehlende Rigidität der unteren Extremitäten bei ruhiger Rückenlage, Auftreten der Rigidität, wenn man die Patienten aufrichtet, oder überhaupt sobald man, auch in der Seitenlage, die Oberschenkel in einen rechten oder gar spitzen Winkel zum Rumpf bringt) werden das Vorhandensein einer Meningitis zu diagnostizieren ermöglichen. Hält man damit zusammen, daß die Kinder mitten in der Gesundheit ganz plötzlich hoch fieberhaft erkrankt sind, im Gegensatz zu dem meist schleichenden Beginn und im Anfang fast fieberlosen Verlauf der tuberkulösen Meningitis, berücksichtigt man die Ergebnisse der Anamnese, nach welchen tuberkulöse Belastung und der Verkehr oder das Zusammensein mit Tuberkulösen ausgeschlossen werden können, so wird man auch bei sporadischem Auftreten der Erkrankung die Diagnose Cerebrospinalmeningitis acuta stellen können, falls man den Fall in der Familie sieht. Erheblich schwieriger kann aber die Diagnose im Krankenhause werden — darin muß ich Grawitz recht geben —, wenn der Arzt von den Antezedentien des Falles und dem bisherigen Krankheitsverlauf nichts in Erfahrung bringen kann. Da ist nun von allergrößtem Werte,

daß wir in der Lumbalpunktion ein Mittel haben, das fast ausnahmslos jeden diagnostischen Zweifel in kurzer Frist beseitigen kann, ein diagnostisches Hilfsmittel, das jedoch nach meinen Berliner Erfahrungen von den praktischen Ärzten fast gar nicht in Anwendung gezogen wird, obwohl es technisch ganz leicht ausführbar ist, namentlich bei Kindern.“

Die Lumbalflüssigkeit wurde von C. in sterilem Reagenzglas oder Zentrifugenglas aufgefangen. Sie ist bei der Genickstarre, im Gegensatz zu der fast ausnahmslos wasserklaren Beschaffenheit bei Meningitis tuberculosa, trübe und läßt beim Stehenlassen des Glases nach einiger Zeit, schneller beim Zentrifugieren einen dicken, gelben, eitrigen Bodensatz fallen, der zum Ausstrichpräparat und zur Kultur benutzt wird. Die Färbung mit Löfflers Methylenblau gibt gute Übersichtspräparate; es entsteht dabei aber leicht Überfärbung der Zellkerne und des Protoplasmas, wodurch die Bakterien leicht unsichtbar werden, was bei spärlichem Vorhandensein der Meningokokken irreführen kann. Sehr bequem ist die von der Gonokokkenfärbung übernommene Anwendung der fertigen Methylgrün-Pyroninlösung, die sehr schöne, distinkte Bilder nach 3—5 Minuten langem Färben hervorbringt. Unmittelbar darauf muß die Gramsche Färbung angewandt werden, bei der C. statt des schwer färbenden Bismarckbrauns eine alkoholische Pyroninlösung als Kontrastfarbe benutzt, was sehr empfehlenswert ist.

In vier Fällen hatte C. nun ausnahmslos die typischen Weichselbaumschen Meningokokken in Reinkultur intrazellulär gelagert, auch extrazelluläre Exemplare waren vielfach vorhanden, gefunden. Der kulturelle Nachweis der typischen Meningokokken ist nur in zwei Fällen von vier gelungen. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend. Denn v. Lingelsheim und Flügge betonen ausdrücklich, daß der kulturelle Nachweis der Meningokokken nur dann gelingt, wenn das Material möglichst sofort zur Untersuchung kommt, eine Bedingung, die von C. aus äußeren Gründen nicht erfüllt werden konnte. Es lagen zwischen Punktion und Anlegen der Kultur meist 12 bis 15 Stunden.

Daß die Gefahr der Übertragung der Genickstarre im allgemeinen keine große ist, lehrten auch obige Fälle. Niemals hat C. eine zweite Erkrankung in derselben Familie gesehen; auch ist ihm nicht bekannt geworden, daß von einem der Fälle anderweitig eine Übertragung stattgefunden hätte.

C. möchte aber an die Kollegen die ernstliche Aufforderung richten, in allen ihnen zur Beobachtung gelangenden zweifelhaften Fällen von Meningitis, namentlich bei Verdacht auf Cerebrospinalmeningitis, vornehmlich bei Säuglingen, durch die leicht auszuführende Lumbalpunktion und darauffolgende bakteriologische Untersuchung die Natur der Erkrankung festzustellen. „Hat auch die Seuche bisher auf Berliner Boden keine großen Herde bilden können, so wissen wir doch nicht, was sich in Zukunft ereignen mag. Wenn auch die überwiegende Mehrzahl der Menschen gegen die Krankheit immun und die Lebensfähigkeit der Keime außerhalb des menschlichen Körpers

eine sehr geringe ist, so wird doch nach Sicherung der Diagnose durch Isolierung der Kranken die Übertragung der Keime auf Gesunde in größerem Umfange verhütet werden können. Denn die gesunden Keimträger sind viel gefährlicher als die ans Bett gefesselten Kranken."

Grätzer.

Kersten, Ein Fall von angeborenem Verschluß im unteren Teil des Ileum. (Aus dem städt. Krankenhause zu Potsdam.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 43.) Nachdem dem Kinde am zweiten Lebenstage ein Anus praeternaturalis angelegt wurde, lebte es noch 5 Tage. Bei der Sektion fand sich dicht oberhalb der Ileozökalklappe im Ileum eine 1 cm lange Atresie.

Krenter kam auf Grund seiner Forschungen zu dem Ergebnis, daß etwa in der 5.—10. Entwicklungswoche vorübergehende Obliterationen im Vorder-, Mittel- und Enddarm des bereits vollständig vorhandenen Darmrohres vorkommen, welche sich normalerweise infolge Metaplasie der ursprünglich proliferierenden Epithelien zurückbilden. Findet diese Rückbildung nur unvollkommen statt, so resultiert eine Stenose, bleibt sie völlig aus, eine Atresie. Die neueste Arbeit über diesen Gegenstand von H. Forsener bestätigt im allgemeinen die von Krenter gemachten Befunde; er sucht die Entstehung der Atresie dadurch zu erklären, daß eine Einwucherung der Zellen des Mesenchyms in den Darm erfolgt, bevor eine Lösung des Verschlusses durch Umbildung der gewucherten Zellen stattgefunden hat, wodurch sich der auch vielfach gemachte mikroskopische Befund eines Bindegewebsstranges als Fortsetzung des Darmblindsackes hinreichend erklärt.

Auch der von K. beobachtete Fall schien für die Ansicht der letztgenannten beiden Autoren zu sprechen. Grätzer.

L. F. Meyer, Über Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch. (Aus dem städt. Kinderasyl zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 46.) M. hat an 2 Fällen Untersuchungen angestellt, um in die Rätsel der Vorgänge bei der Idiosynkrasie gegen Kuhmilch einzudringen. Wenn auch 2 Fälle eine Verallgemeinerung kaum zulassen, so waren doch die Ergebnisse interessant genug, um eine wörtliche Wiedergabe der aus ihnen gezogenen Folgerungen M.s zu rechtfertigen.

„Es erhebt sich die Frage, welcher Art die Schädigung ist, die durch Kuhmilch gesetzt wird, und welche Vorstellung wir uns über den Ort der Schädigung machen dürfen. Unsere eigenen Erfahrungen haben uns allmählich zu der Anschauung geführt, daß der Angriffspunkt in das Darmepithel zu verlegen ist. Das Darmepithel hat die Aufgabe, die Absonderungen der Fermente, Ab- und Aufbau der Nährstoffe — Eiweiß, Fett, Zucker — in die Wege zu leiten. Werden diese physiologischen Vorgänge gestört, so muß die Verdauung der Nährstoffe unvollständig werden oder falsche Wege gehen — es kommt zu Krankheitserscheinungen der Ernährungssphäre. — Es scheint aus Versuchen, die ich im vorigen Jahre anstellte, hervorzugehen, daß die Verarbeitung der Nährstoffe der Milch, die bei Darreichung von Frauenmilchmolke glatt und gut vonstatten geht, von Kuhmilchmolke aber unter Umständen mangelhaft wird. Gab ich Kindern, die

vorher an schweren akuten Ernährungsstörungen (Intoxikation) erkrankt waren und sich im Reparationsstadium befanden, Frauenmilchmolke, Fett und Kasein der Kuhmilch, so schritt die Rekonvaleszenz weiter fort, gab ich ihnen aber Kuhmilchmolke, Fett und Kasein der Frauenmilch, so kam es zu erneuten, mehr oder minder schweren Ernährungsstörungen. Es muß also die Kuhmilchmolke in diesen Fällen als die Causa peccans angesehen werden. Und zwar stellen wir uns vor, daß die Funktion des Darmepithels bei der Idiosynkrasie eine genügende ist, um allein unter Frauenmilch normal zu arbeiten, unter geringsten Mengen Kuhmilch aber ungenügend wird und erlahmt.

Der ganze Vorgang wird vielleicht durch einen Vergleich deutlicher gekennzeichnet: Ein ruhiger Strom fließt zwischen wohlgefügten Dämmen und von ihm aus dringt in geordneter Weise durch ein großes Netz von feinsten Berührungsadern das befruchtende Wasser in die Kulturen des Uferlandes, um sie zu nähren und im Wachstum zu fördern. Nun bricht an einer Stelle durch eine Elementargewalt der Damm, und die bisher so segensreiche Flut ergießt sich in mächtigem Schwall über die Gelände, weithin verderbend und verwüstend. So — können wir uns vorstellen — wirkt das durch Kuhmilch der schützenden Darmwand gesetzte Trauma dahin, daß die bisher so segensreich wirkende Frauenmilch zur Vergiftung des Körpers führt.

Die durch kleine Mengen von Kuhmilch hervorgerufene Idiosynkrasie entsteht danach auf die Weise, daß durch die Kuhmilch in dem empfindlichen Darm ein Defekt gesetzt wird; nun ist der Darm außerstande, bei Zufuhr von Fett und Zucker normal zu arbeiten, und sind gleichzeitig größere Mengen von Fett und Zucker der Frauenmilch im Darm vorhanden, so werden durch die gestörte Verarbeitung dieser beiden Komponenten toxische Erscheinungen hervorgerufen. Natürlich muß man im Auge behalten, daß bei Darreichung von größeren Gaben Kuhmilch, die in dieser enthaltenen Quantitäten von Fett und Zucker selbst schädigend wirken, daß also die Kuhmilch in diesem Falle nicht nur die primäre Darmschädigung, sondern auch die sekundären toxischen Symptome hervorrufen kann. So ist das Verständnis für die toxische Wirkung kleinster Mengen Kuhmilch angebahnt und die heilsame Wirkung des Hungers, der die Symptome der idiosynkratischen Reaktion kritisch aufhebt, erklärt. Die Ergebnisse unserer Versuche sprechen endgültig gegen eine Bedeutung des artfremden Eiweißes für die Erklärung der Idiosynkrasie.“ Grätzer.

Simon (Plauen), Protrahierte Inkubationszeit bei Vakzine. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 45.) S. berichtet über folgende Beobachtung:

„Das Kind Elise Johanne S., geboren den 24. November 1906, ist von mir am 10. September 1907 vorschriftsmäßig geimpft worden. Am 17. September 1907 brachte mir die Mutter das Kind zur Nachschau, wobei ich feststellte, daß die Impfung ohne Erfolg war: kein Bläschen oder Knötchen war an den Schnittstellen zu sehen, nicht die geringste Reizung der Haut wahrzunehmen.

Am 23. September 1907 bemerkte die Mutter an einer der Schnittstellen auf dem rechten Oberarm des Kindes ein Bläschen, und am 26. September 1907, an welchem Tage ich das Kind wieder sah, stellte ich eine gut entwickelte Impfpustel fest.

Die Impfung war somit von Erfolg, nur daß die Inkubation nicht wie normal 3 Tage, sondern 13 Tage, vom 10.—23. September 1907, gedauert hatte.

Bemerken muß ich noch, daß die Lymphe aus dem kgl. Impfinstitute in Dresden stammte und daß ich aus demselben Haarröhrchen, aus dem ich die Lymphe zur Impfung dieses Kindes entnommen hatte, 2 Tage später, am 12. September 1907, dieselbe Lymphe zur Impfung des Knaben Ernst Wolfgang Wilhelm O., geboren den 27. Januar 1906 nahm, und daß sich bei diesem Knaben bei der Nachschau am 19. September 1907 gut entwickelte Impfpusteln an allen 4 Impfstellen zeigten.“ Grätzer.

Berger (Krefeld), Die Vorbeugung der Myopie. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 45.) B. bringt eine „Notiz“, in der er sagt:

„Es ist bekannt, daß man beim Aufenthalt an der See oder im Gebirge besser zu sehen glaubt, als vorher, wenn man kurzsichtig ist. Über die Begründung dieser Wahrnehmung brauche ich keine Worte zu verlieren.

Ich schickte nun in diesem Jahre einen 14 Jahre alten kräftigen Jungen, der gern Offizier werden will, aber dessen Sehschärfe auf beiden Augen auf $^1/_2$ heruntergegangen war, 6 Wochen nach Borkum. Nach seiner Rückkehr stellte ich $^2/_3$ Sehschärfe fest, er bestätigte mir, daß es auch ihm in Borkum so vorgekommen sei, als ob er besser sähe.

Die Beobachtung zeigt, daß wir es bei der im jugendlichen Alter einsetzenden Myopie nicht mit einem irreparablen Übel zu tun haben, sondern daß bei geeigneter Behandlung Besserung möglich ist. Ein entsprechendes Verhalten nach Rückkehr in die alten Verhältnisse wird eine neue Verschlechterung verhindern müssen. Die im labilen Gleichgewicht befindliche Linse kommt offenbar zuerst in eine Art Krampfzustand, der noch korrigierbar ist, der aber nicht korrigiert zu dauernden Verhältnissen führt.

Ich empfehle die Prophylaxe einer besonderen Beachtung aller beteiligten Kreise, nicht zum geringsten der Schulhygieniker.“

Grätzer.

Rahel Zipkin, Über Riesenzellen mit randständigen Kernen in Sarkomen. (Virchows Archiv. Bd. 186. Heft 2.) Z. teilt den histologischen Befund von zwei als Sarkome gedeuteten Geschwülsten mit, die bisher in der Literatur einzig dastehen und wegen ihres Reichtums an, nach ihrem morphologischen und tinktoriellen Verhalten, typischen Langhansschen Riesenzellen ausgezeichnet sind.

Der erste Fall stammt von einem 18 Wochen alten Knaben, bei dem sich kurze Zeit nach der Geburt ohne nachweisbare Ursache in der Haut der rechten Leistengegend ein taubeneigroßer, pilzförmiger Tumor entwickelt hatte. Klinisch konnte Syphilis und Tuberkulose ausgeschlossen werden. Auch die histologische Untersuchung des aus mittelgroßen, polymorphen Zellen, von fleckweise verschieden zahlreichen und großen Langhansschen Riesenzellen, die nicht den Typus von Fremdkörperriesenzellen hatten, durchsetzten Tumors ergab keine Anhaltspunkte für eine dieser Krankheiten. Da ein Lymphom, Lymphozytom, Karzinom, Granulom und Sarkoid mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, blieb nach dem histologischen Verhalten des Tumors

nur die Diagnose Sarkom übrig. Die Entstehung der Riesenzellen blieb ungeklärt. — Der zweite Fall stammte von dem Proc. xiphoideus eines 50 jährigen Mannes, der histologisch sich durch größere Tumorzellen und durch die größere Mannigfaltigkeit in der Form und Lagerung der Kerne in den Riesenzellen, die teils Langhansschen, teils Myeloplaxentypus hatten, auszeichnete. Dieser Fall ist auch der sonstigen Beschreibung seines Verhaltens nach nicht so rein, da unter anderem eisenhaltiges und eisenfreies Pigment erwähnt wird. Auch hier konnte keine Erklärung für die Langhansschen Zellen geliefert werden. Bennecke (Jena).

J. Heller (Charlottenburg), Über das gehäufte Vorkommen einer eigenartigen Affektion der Haut der Ohrmuscheln bei den Schülern einer Schule. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 38.) H. hatte Gelegenheit, diese Fälle in einer Gemeindeschule zu beobachten und läßt sich darüber wie folgt aus:

„Von Anfang März bis Mitte April erkrankten nacheinander 22 Knaben, von denen 13 der Klasse 2 M. I, 8 = 2 M. II, 1 = 3 M. I angehörten (I = erste Klasse, M. = Michaeliszötus, 1, 2, 3 Parallelklassen). 6 Knaben waren im 14., 5 im 13., 10 im 12. Lebensjahre. Der Krankheitsbeginn lag bei 3 Knaben 4—10, bei 3 = 3, bei 8 = 2, bei 4 = 1 Woche zurück. 4 Knaben konnten keine genaueren Angaben machen. Bei 15 Kranken war also die Erkrankung in der Tat vom 24. März bis 7. April aufgetreten.

Die Krankheit war ausschließlich auf die Haut der Ohrmuscheln lokalisiert; fast stets waren beide Ohren erkrankt; in den Fällen, in denen Krankheitsresiduen nur auf einem Ohr gefunden wurden, war es doch zweifelhaft, ob nicht auch das andere Ohr Sitz der Krankheit gewesen war.

Wenn hier von Krankheit gesprochen wird, so ist der Begriff nur im ärztlich-pathologischen Sinne gemeint; subjektiv fühlten sich die Kinder mit wenigen Ausnahmen durchaus wohl.

Der Verlauf dieser „Krankheit“ war folgender: Unter der subjektiven Empfindung von Brennen und Jucken entwickelten sich bei den Knaben in kurzer Zeit 3—6 Bläschen, deren erst seröser Inhalt sich trübte, gelb wurde und zu einem linsengroßen Schorfe eintrocknete. Jede reaktive Entzündung um den Schorf fehlte, ebenso jede Neigung zur stärkeren Exsudation (Nässen). Nach Abfall des Schorfes blieb eine ganz feine oberflächliche Narbe zurück, die noch einige Wochen sichtbar war. Lag die Heilung der Affektion längere Zeit zurück, so war — die Richtigkeit der Angaben der Knaben vorausgesetzt — keine Spur der Erkrankung mehr sichtbar.

Die subjektiven Empfindungen waren selbstverständlich nicht immer gleich; 4 Knaben wollten gar kein Brennen empfunden haben, 3 behaupteten, nicht einmal durch die Juckempfindung zum Kratzen veranlaßt sein, während 2 sich blutig gekratzt haben wollten. 6 erzählten, daß sie Kopfschmerzen gehabt hätten, 6 meinten, weniger Appetit verspürt zu haben. Ein recht intelligenter Knabe (guter Schüler) mußte einen Tag die Schule versäumen und Umschläge machen.

Die beiden 12jährigen Schüler H. und W. gaben an, seit „vielen", bzw. den letzten 3—4 Jahren an der Krankheit zu leiden. Heißes Wetter soll ihren Eintritt, kühles ihr baldiges Verschwinden begünstigen.

Der Schüler H. behauptet, seine Schwester, der Schüler R., sein Vater leide an der gleichen Krankheit.

Eine Therapie war in keinem der beobachteten Fälle erforderlich."

Eine gewisse Ähnlichkeit hatte diese Affektion höchstens mit der Hydroa vacciniforme. Aber diese Effloreszenzen heilen doch stets mit Hinterlassung größerer Narben ab, indem es sich um nekrotische Prozesse der tieferen Hautschichten handelt; auch sind hier meist Gesicht und Hände erkrankt.

H. will das Leiden Dermatitis pustularis vernalis aurium genannt wissen und möchte durch Zusatz der Jahreszeit auf die ihm am wahrscheinlichsten vorkommende Pathogenese hinweisen. Alle Knaben hatten auf dem Spielplatz größere Spiele während der Osterferien ausgeführt, wo gerade ungewöhnliche Besonnung und hohe Temperatur herrschte, und vielleicht haben gerade die Schüler der oberen Klassen besonders lange gespielt. Es erkrankten dabei natürlich nur diejenigen, deren Haut besonders empfindlich war.

Grätzer.

Proskauer, Seligmann und **Croner,** Über die Beschaffenheit der in Berlin eingeführten dänischen Milch. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 57. Heft 2.) Es wurde aus Dänemark eingeführte Sommer- und Wintermilch untersucht und mit Berliner Marktmilch verglichen. Es zeigte sich, daß, unter Berücksichtigung der verbesserungsfähigen Transportverhältnisse, die dänische Sommermilch in biologischer Beziehung der Berliner Milch wenig nachsteht, in chemischer Hinsicht sie sogar übertrifft. Für die Säuglingsernährung ist sie aber, ebenso wie die Wintermilch, wegen ihres großen Keimgehalts ungeeignet.

Bemerkenswert ist, daß unter 13 untersuchten dänischen Milchproben 5, unter 9 Berliner Proben ebenso viele Tuberkelbazillen enthielten.

Prüssian (Wiesbaden).

Neumann, Statistischer Beitrag zur Sterblichkeit im ersten Lebensjahre in Halle a. S. für die Jahre 1893—1902. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 57. Heft 2.) Die Höhe der Säuglingssterblichkeit in Halle ist nach den statistischen Angaben des Verf.s ungefähr dieselbe wie in Berlin, Breslau, Königsberg und Stettin. Die Häufigkeit der Todesfälle steht in engster Beziehung zu den Magendarmerkrankungen des Säuglingsalters.

Prüssian (Wiesbaden).

Büsing, Beiträge zur Kenntnis der Diphtherie als Volksseuche. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 57. Heft 2.) Kritische Bearbeitung der in den letzten 3 Jahren im Hygienischen Institut in Bremen untersuchten Diphtheriefälle. Danach ist der virulente Diphtheriebazillus nicht ubiquitär, sondern findet sich nur bie Diphtheriekranken und Rekonvaleszenten. Die Pseudodiphtheriebazillen (Hoffmann-Wellenhofschen Formen) lassen sich zurzeit

noch nicht sicher von den echten Diphtheriebazillen unterscheiden, dagegen läßt sich der „Xerosebazillus“ kulturell gegen diese beiden Mikroorganismen abgrenzen. Prüssian (Wiesbaden).

A. Wimmer, Zwei Fälle von kongenitalem Muskelleiden bei Kindern. (Arch. f. Psych. Bd. XLII. H. 3.) Fall I: 16 Monate alter Knabe. Heredität 0. Während der Gravidität verspürte die Mutter so gut wie gar keine Bewegungen des Kindes im Leibe. Partus normal. Nie Konvulsionen. Das Kind war immer sehr schlaff am ganzen Körper, konnte nicht die Arme in der Schulter heben, schlecht im Ellenbogen beugen, während die Bewegungen der Hände und Finger natürlich erschienen. Die Zehen zeigten normale Beweglichkeit. Die fötale Varusstellung hielt an, nach und nach wurden beide Fußgelenke steif. Bewegungen in den Hüftgelenken waren minimal, das Kind kann sich nicht auf den Beinen stützen. Kopf neigt immer nach hinten überzufallen. Aus der Rückenlage vermag es sich nicht aufzurichten. Die Muskelschwäche nahm im Laufe der Zeit zu. Geistige Entwicklung scheint normal zu sein, doch spricht das Kind wenig und ist noch unreinlich. Objektiv: Kryptorchismus. Hirnnerven frei. Lose Schultern. Abmagerung der Schultermuskulatur. Spontanbewegungen im Schultergelenke bis auf ein Minimum reduziert. Oberarmmuskeln schlaff. Pastöses subkutanes Fettpolster an den Unterarmen. Lose Hüftgelenke. Nates, Mons veneris, Hüften, Femora von sehr starkem pastösem subkutanem Fettpolster verdeckt. Die Glutaeal-, Hüft- und Schenkelmuskulatur atrophisch. Kraft in Kniegelenken gering. Pes varus mit starker Kontraktur der Wadenmuskeln. Peronealmuskeln stark paralytisch. Lebhafte Spontanbewegungen der Zehen. Entartungsreaktion in den atrophischen Muskeln. Sehnenreflexe fehlen. Sensibilität normal. Verf. nimmt an, daß die angeborene Resistentia minor des Protoneurons vorliegt, die in einzelnen Fällen temporär und reparabel (Myatonia congenita Oppenheims), in anderen progredient und letal ist (Werdnig-Hoffmannsche Muskelatrophie). Thyreoidin hatte keinen nennenswerten Erfolg.

Fall II: 12 jähriger Knabe. Vater schwachsinnig, an den Beinen gelähmt. Geburt normal. Schon ehe er zu gehen anfing, wurde bemerkt, daß „die Füße hingen“. Erst nach beendetem 2. Jahre fing er mit Gehen an. Vom 5.—6. Lebensjahr zunehmende Deformität der Füße. Ganz stolpernd. Seit 2 Jahren stärkere Kyphose. Allmählich zunehmende Abmagerung der Beine und Schultergürtel. Beiderseits pes equino-varus. Ausgesprochener Hohlfuß. Abflachung der Thenares und Hypothenares, Atrophie der Interossei. Andeutung von Affenhand. Fibrillation in der Schultergürtelmuskulatur. Erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit. Entartungsreaktion. Sehenphänomene fehlen an den Beinen, eher verstärkt an den oberen Extremitäten. Leichte Ataxie. Romberg angedeutet. Deutliche Verdickung der peripheren Nervenstämme mit Druckempfindlichkeit. Ausgesprochene Imbecillität. Der Fall nähert sich der progressiven neurotischen Muskelatrophie Hoffmanns (Charcot-Mariescher Peronealtypus). Auffallend ist die Imbecillität und der Umstand, daß das Leiden angeboren war. Eine myoplastische Operation brachte deutliche Besserung.

Kurt Mendel (Berlin).

Georg Lomer, Über Witterungseinflüsse bei 20 Epileptischen. (Arch. f. Psych. Bd. XLII. Heft 3.) Verf. berücksichtigte 14 Fälle von reiner Epilepsie, 3 Fälle von Idiotie mit Epilepsie, 2 Fälle von Imbecillität mit Epilepsie, 1 Fall von Epilepsie mit Taubstummheit, alles weibliche Kranke.

Bei 5 dieser Fälle (= 25%) war erbliche Belastung nachzuweisen.

Die Beobachtungsdauer betrug 5 Monate.

Es ergab sich folgendes:

1. Ein Minimum, jedoch nicht das absolute, liegt zwischen 12 und 2 Uhr vormittags.

2. Die Haupt-Anfallsziffer des Tages liegt in den Stunden zwischen 2 und 9 Uhr vormittags.

3. Ein tiefes (eventuell absolutes) Minimum liegt zwischen 9 und 10 Uhr vormittags.

4. Die Tagesziffern zwischen 10 Uhr vormittags und 4 Uhr nachmittags bewegen sich in mittleren Höhen.

5. Ein weiteres Minimum setzt nach 4 Uhr nachmittags ein.

6. Ein Abendanstieg ist nach 6 oder 7 Uhr nachmittags zu konstatieren.

7. Das Einsetzen eines barometrischen Anstiegs oder Abfalls pflegt mit großer Regelmäßigkeit mit einem Steigen der Anfallsziffer verbunden zu sein, während andrerseits diese Ziffer sofort sinkt, sobald die Kurve des Luftdrucks sich zeitweilig auf etwa gleicher Höhe hält.

8. Andersartige Witterungsfaktoren scheinen keinen Einfluß auf die Häufigkeit der Anfälle auszuüben.

Daher empfiehlt es sich, Epileptiker in Kurorte zu schicken, in denen die Barometerschwankungen möglichst gering sind.

Da die meisten Anfälle in den frühen Morgenstunden von 2 Uhr ab auftreten, wird es gut sein, die übliche Brommedikation so in Anwendung zu bringen, daß die beruhigende Wirkung des Mittels gerade auf diese besonders gefährdeten Stunden fällt. Kurt Mendel (Berlin).

Hertz, 6 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1907. Heft 5.) In 3 Fällen handelte es sich um Fremdkörper in dem unteren Abschnitt der Trachea. Eine aspirierte Bohne wurde von dem Kinde, welches Expectorantia bekommen hatte, und mehrmals täglich längere Zeit auf den Bauch gelegt wurde, so daß die obere Rumpfhälfte vom Bett herabhing und die Hände sich auf den Fußboden stützten, nach 3 Tagen bei einem heftigen Hustenanfalle herausgestoßen. Einmal mußte wegen hochgradiger Atemnot die Tracheotomie gemacht werden, worauf der Fremdkörper, ein Sonnenblumenkern, durch die Tracheotomiewunde herausgehustet wurde. In 3 Fällen handelte es sich um Fremdkörper im Larynx, einen Glasscherben, eine kleine Kastanie und eine Stecknadel. Bei dem Glasscherben waren alle Versuche, ihn von oben zu fassen, gescheitert, es mußte wegen der starken Schwellung der Epiglottis und des Larynxeinganges und der damit verbundenen Atemnot die

Tracheotomie gemacht werden. Erst jetzt gelang es, mit einer gebogenen Zinnsonde von der Tracheotomiewunde aus den Scherben nach oben heraufzustoßen, von wo er mit der Hand dann entfernt wurde. Die Tracheoskopie wurde in keinem Falle angewandt.

A. Sonntag.

Gilbert, Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der angeborenen Kolobome des Augapfels mit besonderer Berücksichtigung der Sehnerven. (v. Graefes Archiv. Bd. 65. Heft 2.) G. beschreibt eingehend 2 Fälle. Im ersten Falle handelt es sich nach G. um den ersten anatomisch sichergestellten Fall von echtem Sehnervenkolobom. Es ergab sich folgender mikroskopischer Befund: Mikrokornea, Kolobom der Iris, Aderhaut und des Optikus. Fehlen der primären Kammerbucht. Vitröse Neubildungen in der vorderen Kammer, Iridocyclitis, geschrumpfte Katarakt und Cataracta capsularis, Ablatio retinae. Bezüglich des Sehnervenkoloboms ergab sich die Persistenz von undifferenziertem mesodermalem Gewebe unterhalb des skleralen Teils des Optikus und Ausbleiben der Differenzierung des Mesoderms in Sklera und Duralscheide daselbst. Die Zentralgefäße nahe am unteren Rande des Optikus. Eindringen von Mesoderm mit der Arteria hyaloidea, das unterhalb der Gefäße das unterste Viertel des Optikus einnimmt. Fast gänzlicher Mangel von Nervenfasern im Sehnerven unterhalb der Zentralgefäße. Optikus nierenförmig. Im zweiten Falle war der mikroskopische Befund: Kolobom der Iris, des Ziliarkörpers und der Chorioidea, hochgradige Myopie, Cyclitis, Hämophthalmus. Zwischenscheidenraum unten stark erweitert. Fehlen der Nervenfasern im untersten Fünftel des Optikus. Echtes Kolobom des Optikus und Aplasie des Sehnerven bei Bulbuskolobom sind auseinanderzuhalten. Beim ersteren handelt es sich um einen primären Defekt im Optikus, hervorgerufen durch mangelnden Verschluß des eingestülpten Augenblasenstiels. Schick (München).

v. Hippel, Über experimentelle Erzeugung von angeborenem Star bei Kaninchen nebst Bemerkungen über gleichzeitig beobachteten Mikrophthalmus und Lidkolobom. (v. Graefes Archiv. Bd. 65.) Verf. stellte seine Versuche in drei Gruppen an, bei welchen teils der Bauch, teils der übrige Körper trächtiger Kaninchen mit Röntgenstrahlen bestrahlt wurde. Bei allen drei Versuchsreihen wurde mehr oder weniger häufig Kataraktbildung beobachtet, dieselbe war stets, mit Ausnahme eines Falles, doppelseitig. Er beobachtete Zentralstar, Schichtstar und eine kreisförmige Trübung unmittelbar unter der Kapsel. Bei zwei Würfen beobachtete Verf. Mikrophthalmus und Kolobom, 8 mal Liddefekte. Die genannten Starformen wie die erwähnten Mißbildungen sind nach Verf. eine Folge des experimentellen Eingriffes. Schick (München).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Bock (Laibach), Erfolglose Behandlung skrofulöser Augenkrankheiten mit Antituberkuloseserum Marmorek. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 38.) Der Epikrise B.s entnehmen wir folgende Ausführungen:

„Wenn ich dies alles übersichtlich zusammenfasse, so ergibt sich, daß ich 8 mit skrofulösen Augenkrankheiten verschiedener Art Behaftete im Alter von 7—22 Jahren einer Behandlung mit Antituberkuloseserum Marmorek unterzogen habe.

In zwei Fällen (5 und 7) war ein Erfolg zu verzeichnen, d. h. die Augenentzündung ging zurück, aber sie hinterließ ebenso Trübungen der Hornhaut, wie bei jeder anderen der bis nun geübten Behandlungsarten. In allen übrigen sechs Fällen war die Einspritzung wirkungslos. Bei 2 und 4 kam es während der Behandlung mit dem Antituberkuloseserum zu sehr unangenehmen Verschlechterungen am Auge. Was mich aber veranlaßt hat, die Anwendung des Marmorek-Serum nach acht Einspritzungen aufzugeben und bei weiteren Fällen von diesem Mittel abzusehen, sind die — bisweilen schweren — Störungen des Allgemeinbefindens, die in keinem Falle ausblieben. Ich konnte feststellen: Mattigkeit, Hinfälligkeit, daß die Kranken das Bett aufsuchen mußten; Kopfschmerz, Ohrensausen, Blässe des Gesichtes, Schweiße, flüssige Stuhlentleerungen. Schwinden der Eßlust. In fünf Fällen trat Steigerung der Körperwärme (bis zu 39°) auf. Ich kann daher nicht beistimmen, wenn Marmorek sagt, sein Serum sei antifebril. Dr. Marmorek, dem ich während der Behandlung berichtete, war besonders über die Fiebererscheinungen erstaunt und sprach sich in seinem Briefe dahin aus, daß eines der Serumpferde vielleicht ein individuell reizendes Serum besitze, trotzdem er alle wissenschaftlichen Maßregeln treffe, um einen solchen Zufall zu verhindern, abgesehen von der Wertprüfung des Serums am Tiere. Ich meine, die Ursache mag die eine oder die andere sein, jedenfalls sprechen diese Zwischenfälle nicht für die Anwendung des Antituberkuloseserums bei skrofulösen Augenkrankheiten; denn es kann doch nicht gleichgültig sein, gegen eine Augenkrankheit ein Mittel zu gebrauchen, welches Störungen des Allgemeinbefindens in einer Art und einem Grade erzeugt, daß man sich besorgt fragen mußte, ob jene ohne Schaden ablaufen, was bei meinen Kranken glücklicherweise durchwegs der Fall war.

Bemerkenswert erscheint es mir, daß die vorübergehenden Besserungen der Augen immer im unmittelbaren Anschluß ans Fieber erfolgten, dann aber wieder verschwanden, also die Beobachtung desselben Vorganges, wie bei jeder anderen dazwischenkommenden fieberhaften Krankheit, z. B. Rotlauf, Rachenentzündung u. dgl., also ein Kampf der Toxine, in denen die des Auges als die schwächeren unterliegen.

Das Körpergewicht blieb — trotz der wesentlich reichlicheren und besseren Nahrung — in drei Fällen unverändert, in einem wurde eine Verminderung um 0,5 kg festgestellt. Bei vier Kranken trat eine Vermehrung des Körpergewichtes um 0,5—2,5 kg ein.

Das Antituberkuloseserum Marmorek hat sich also mir — im Gegensatz zu Ullmann — bei skrofulösen Augenkrankheiten als wirkungslos erwiesen und die Eindrücke dieser Mißerfolge wurden durch Störungen des Allgemeinbefindens bedeutend vertieft, Störungen, die im Widerspruche stehen zu den Angaben Marmoreks."

Grätzer.

V. Blum (Wien), Harnverhaltung im Kindesalter (zugleich ein Beitrag zur Frage der Pyozyaneussepsis). (Wiener klin. Rundschau. 1907. Nr. 43.) B. schreibt darüber:

„Ein 13jähriger Knabe, der in seiner frühesten Kindheit an Konvulsionen gelitten hatte und der sich vor 7 Jahren durch Fall von einer Treppe eine Gehirnerschütterung und einen Bruch des Stirnbeins zugezogen hatte, erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren an Hämaturie, die einige Tage anhielt. Seit dieser Zeit besteht diurne und nocturne Incontinentia urinae. Bei der Untersuchung des Kindes findet man eine bis zur Nabelhöhle distendierte Blase, eine äußerst mangelhafte Entwicklung der äußeren Genitalien, auch die Prostata ist abnorm klein. Der Harn ist stark diluiert, klar und eiweißfrei, in seinem Sedimente sind Leukozyten und Epithelien der unteren Harnwege. Der Nervenbefund ist bis auf eine beträchtliche Steigerung der Patellarsehnenreflexe und der Achillesreflexe (Fußklonus) negativ. Die Harnentleerung erfolgte durch kontinuierliches Harnträufeln, abwechselnd mit der Entleerung geringer Harnmengen in mattem, dünnem Stuhl.

Sonst ist der urologische und Nervenbefund ganz negativ. Es wurde bei dem Knaben die allmähliche Entleerung der hyperdistendierten Blase durchgeführt, doch erkrankte das Kind während dieser Behandlung unter schwerem Fieber (bis über 40°), Kollaps, Erbrechen und Trübung des Harnes. Der Exitus trat nach 36 Stunden ein.

Bei der Obduktion fand man eine lobuläre Pneumonie, eine beiderseitige, akute, hämorrhagische Pyelonephritis und Peritonitis, Dilatation der Ureteren und der Nierenbecken. Im Herzblut, in den Nierenabszessen, im Harne Reinkulturen von Pyozyaneusbazillen.

In der Urethra keinerlei Harnabflußhindernis zu entdecken (Striktur oder Klappe).

Die Untersuchung des Rückenmarkes ergibt im Sakralmarke eine starke Hyperämie durch den ganzen Querschnitt — Vermehrung der Kerne im Gewebe — zum Teile intrazelluläre Neuronophagie, axonale Degeneration der großen Vorderhornzellen, endlich eine Verdoppelung des Zentralkanales im Sakralmark.

Mit Rücksicht auf den Umstand, daß sowohl bei der klinischen Untersuchung als auch bei der Autopsie keinerlei mechanische Ursache der Harnverhaltung entdeckt werden konnte, und mit Rücksicht auf den positiven Befund im Rückenmarke halten wir uns für berechtigt, in der spinalen (polyomyelitischen) Läsion im Sakralmarke an der Stelle, in welche das spinale Blasenzentrum verlegt wird, die primäre Ursache der Harnverhaltung anzunehmen.

Meine Beobachtung bildet also einen weiteren unzweideutigen Beweis für die Existenz des früher vielfach angezweifelten Blasenzentrums im Rückenmark.

Außer vom neurologischen Standpunkte beansprucht mein Fall noch ein besonderes bakteriologisches Interesse. Noch im Jahre 1893 hat Schimmelbusch dem Bazillus des blauen Eiters die Eigenschaft eines invasiven Bakteriums abgesprochen. In den letzten Jahren wurden jedoch mehrfach Allgemeininfektionen mit dem Bacillus pyocyaneus beschrieben (Kossel, Wassermann, Blum, de la Camp, Fraenkel, Rolly). Die urogenitalen Organe als primäre Eintrittspforte für die Pyozyaneusinfektion wurden nun in einem Falle von Klieneberger beschrieben.

In unserem Falle kam die Infektion vermutlich durch eine zufällige Verschleppung der Pyozyaneuskeime mittels des Katheters in die durch Harnstauung mächtig dilatierte Blase zustande. Begünstigt wurde das Entstehen der Pyozyaneussepsis durch die Dilatation der

Blase — die offene Kommunikation mit den gleichfalls überaus erweiterten Ureteren und Nierenbecken — und die schwächliche Konstitution des in der Körperentwicklung auffallend zurückgebliebenen Knaben.“ Grätzer.

C. Bayer, Treppenförmige Osteotomie des Trochanter major bei winkeliger Koxankylose. (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 43.) B. nahm bei einem 12 jährigen Mädchen die treppenförmige Durchmeißelung des Trochanters vor, um eine koxitische Ankylose zu beheben. Das Resultat war ein so gutes, daß B. diese Operation an Stelle der Osteotomia subtrochanterica für Winkelankylosen in Adduktionsstellung warm empfehlen kann. Grätzer.

J. Comby (Paris), L'encéphalite aiguë chez les enfants. (Archives de méd. des enf. Octobre 1907.) Das kindliche Gehirn bildet eine große, reichlich durchflutete Masse und ist, wie jedes aktive Organ, Entzündungsprozessen ausgesetzt, doch werden dieselben in den meisten Fällen übersehen und die Diagnose auf Meningitis gestellt. Viele der akuten Enzephalitis zukommende Symptome werden ohne Berechtigung der Meningitis zugeschrieben. Es gibt selbstverständlich zahlreiche Erkankungen, welche Gehirn und Hirnhäute in gleichem Maße befallen, doch ist es sicher, daß viele nur das Enzephalon angreifen und die Meningen unberührt lassen. Mit Hilfe der Lumbalpunktion kann aber diese Differentialdiagnose leicht gestellt werden, denn falls man in der zephalo-rachidianen Flüssigkeit keinerlei leukozytäre Reaktion vorfindet, ist man berechtigt, eine Beteiligung der Meningen an dem Krankheitsprozesse auszuschließen und eine akute Enzephalitis anzunehmen, statt den Krankheitsprozeß als Meningismus, Pseudomeningitis, seröse Meningitis usw. zu bezeichnen. Diese Umstände wurden bis nun viel zu wenig beachtet, und man nahm eine Enzephalitis nur dann an, falls es sich um eine eitrige Enzephalitis, also einen Hirnabszeß handelte.

Nach einem historischen Überblicke gibt der Verf. kurz 25 einschlägige Krankengeschichten und faßt die Symptomatologie der akuten Enzephalitis folgendermaßen zusammen. Die akute Enzephalitis beginnt meist in plötzlicher Weise; Prodrome werden nur selten beobachtet. Fieber und andere akute Manifestationen können vorangehen, doch sind dieselben meist auf die Grundkrankheit zurückzuführen, als deren Komplikation dann die Enzephalitis auftritt, wie Influenza, Keuchhusten, Adenoiditis, Otitis usw. In jedem Falle ist aber der Beginn der Hirnkomplikation durch einen mehr oder weniger heftigen Anfall von Konvulsionen gekennzeichnet. Es folgt hierauf ein komatöser Zustand, mit oder ohne Kontrakturen der Extremitäten, doch besteht weder Nackenstarre noch Kernigsches Zeichen. Es können sich paralytische oder spastische Hemiplegien entwickeln, choreatische oder athetotische Bewegungen auftreten. Trotz Zurückbleibens von Lähmungserscheinungen kann die Intelligenz wieder ganz normal werden.

Wird in diesem Zustande die Lumbalpunktion vorgenommen, so findet man eine ganz klare Flüssigkeit, ohne Beimischung von zelligen Elementen. Nur in einem einzigen Falle hat der Verf. rote Blutkörperchen gefunden.

Die Konvulsionen können sich wiederholen, auch einen epileptiformen Charakter annehmen, und es ist nicht ausgeschlossen, daß viele Kinder epileptisch infolge von akuter Enzephalitis geworden sind. In anderen Fällen bleiben psychische, mehr oder weniger schwere Veränderungen zurück.

Im allgemeinen kann man leichte, schwere und sehr schwere Formen von akuter Enzephalitis bei Kindern unterscheiden, von denen letztere meist tödlich enden. Viele Fälle führen zu definitiven Hemi- oder Monoplegien, andere zu ausgedehnten Hirnsklerosen, doch ist im allgemeinen die Prognose der Erkrankung keine allzu schlechte und viele Fälle gehen in vollständige Heilung über, trotz der schweren Krankheitsphasen, die sie durchgemacht haben.

Die Behandlung ist eine antiphlogistische und ableitende: Eisblase auf den Kopf, Blutegel hinter die Ohren, Klysmen, kalte Einpackungen bei Vorhandensein von großer Erregung und hohem Fieber, lauwarme Bäder, Brom und Chloral gegen die Konvulsionen. Später Jodkali.

E. Toff (Braila).

Paul Londe, Principes d'élevage au biberon. (La Presse médicale. 1907. Nr. 15.) Die Prophylaxis der Gastroenteritis in der ersten Kindheit besteht einerseits darin, dem Kinde eine entsprechende Nahrung zu reichen, und andererseits dieselbe in richtiger Weise zu dosieren. Da das Hauptnahrungsmittel in diesem Alter die Milch ist, so muß der Qualität derselben eine besondere Beachtung geschenkt werden. Die Milch muß in reinlicher Weise gewonnen werden und sobald wie möglich nach dem Melken zur Benützung gelangen. Es genügt dann, dieselbe durch 5 Minuten kochen zu lassen, und, wenn möglich ohne das Gefäß zu wechseln, rasch abzukühlen. Vor der Benützung wird die Saugflasche gefüllt und im Wasserbade auf 38—40° erwärmt. Ein lange dauerndes Kochen in Soxhletschen Apparaten ist unnötig. Die im Hause zubereitete Milch ist der auf industriellem Wege sterilisierten vorzuziehen. Der Fassungsraum der Saugflaschen soll nicht mehr als 150—160 ccm betragen. Dieselbe soll graduiert sein. Vor der Anwendung muß die Milch mit gekochtem Wasser verdünnt werden, und zwar soll die Verdünnung in stetiger Weise, von der Geburt bis zu einem Jahre abnehmen. In allgemeinen Zügen kann gesagt werden, daß während der ersten zwei Lebensmonate die Verdünnung $^2/_3$ betragen soll, die Hälfte bis zum sechsten Monate, ein Drittel bis zum achten oder neunten und dann $^1/_4$ bis zu einem Jahr. Zur Versüßung wird Zucker im Verhältnisse von 1 : 15 im Durchschnitte hinzugefügt.

Auch die Menge der Milch muß in genauer Weise geregelt werden. Man gibt in den ersten Tagen 30 ccm der verdünnten Flüssigkeit pro Mahlzeit, steigt mit 5—10 ccm täglich während der ersten Woche, mit 5 ccm täglich bis zum Ende des ersten Monats, dann mit 5 ccm jeden zweiten Tag bis zum siebenten Monate und endlich mit derselben Menge jeden dritten Tag für die übrige Zeit. Man gibt während des Tages die Saugflasche alle drei Stunden und während der Nacht alle vier Stunden. Später wird bei Nacht nur einmal die Flasche gereicht. Nach dieser Einteilung bekommt das Kind nicht mehr als

$^{1}/_{4}$ Liter Milch pro Tag während der ersten zwei Monate, $^{1}/_{2}$ Liter bis zu sechs Monaten und $^{3}/_{4}$ Liter bis zu einem Jahr.

E. Toff (Braila).

A. Netter (Paris), Emploi des sels de calcium dans diverses affections nerveuses. (Société de biologie, séance du 9. Mars 1907.) Ausgehend von den Untersuchungen verschiedener Autoren, die ergeben haben, daß bei Tetanie eine gesteigerte Ausscheidung von phosphorsaurem Kalk durch den Harn besteht, und andererseits, daß bei Analysen der Hirnsubstanz eine Verminderung des Kalkgehaltes festgestellt worden ist; ferner gestützt auf die Experimente von Koch, Sabbatani, Roncoroni u. a., denen zufolge das Kalkion einen reizherabsetzenden Einfluß auf Muskel, peripherische Nerven und Hirnsubstanz ausübt, hat der Verf. bei verschiedenen nervösen Krankheiten, wie Tetanie, Glottiskrampf, Laryngitis stridulosa und infantile Krämpfe, Kalziumsalze angewendet und sehr gute Resultate erhalten. Bei Tetanie wurde Chlorkalzium in Dosen von 2 g innerhalb 24 Stunden angewendet, und genügte oft eine solche Dosis, um nach 4 Stunden eine Verminderung der Anfälle und nach 24 Stunden das vollständige Verschwinden derselben zu bewirken.

E. Toff (Braila).

Roger (Paris), Action du suc gastrique sur la salive. (Société de biologie, séance du 1. Juin 1907.) Falls man Speichel mit verdünnter Salzsäure oder mit Magensaft mischt, so verliert derselbe vollkommen seine amylolytische Kraft. Fügt man Stärke zum erwähnten Gemische zu, und neutralisiert, so bildet sich kein Zucker. Es genügt aber einen Tropfen frischen Speichels hinzuzufügen, um die Wirkung des Speichels wieder in normaler Weise vor sich gehen zu lassen. Man fügt zu 1 ccm Speichel, dessen Wirkung durch Magensaft aufgehoben wurde, einen Tropfen frischen Speichels und Stärkewasser hinzu und beobachtet, daß nach einer halben Stunde etwa 6 mg Zucker sich gebildet haben. Die Zuckermenge kann nach einiger Zeit bis auf 40 und 50 mg steigen, als beiläufig so viel, wieviel man mit 1 ccm frischen Speichels hätte erhalten können.

Der Verf. nimmt an, daß auch im natürlichen Zustande die Dinge in ähnlicher Weise vor sich gehen, daß also der Speichel im Magen seine saccharifizierende Kraft verliert und dieselbe im Duodenum durch das Hinzutreten einer geringen Menge von frischem Speichel wieder erhält.

E. Toff (Braila).

G. Stoicescu und **C. Daniel** (Bukarest), Einige Betrachtungen über die nervösen Störungen bei Appendizitis. (Revista de chirurgie. 1907. Nr. 6.) Die genauere Kenntnis nervöser Störungen, die im Laufe einer Appendizitis auftreten können, ist jüngeren Datums und infolgedessen auch die Zahl der veröffentlichten einschlägigen Fälle eine recht beschränkte. So konnten die Verff. in der Literatur nur 16 derartige Fälle auffinden, denen sie einen 17., eigenen, hinzufügen.

Die im Laufe einer Appendizitis auftretenden nervösen Störungen können zerebraler, meningealer, bulbärer, medullarer, neuritischer oder hystero-nervöser Natur sein. Die Störungen sind also sehr verschieden, sie können sich sowohl in den peripheren Nerven bemerk-

bar machen, als auch das Zentralnervensystem angreifen. Es ist anzunehmen, daß die vom erkrankten Wurmfortsatze ausgehenden Toxine sich in den Zylinderachsen der Nervenfasern lokalisieren, oder daß es sich um eine allgemeine Toxininfektion handelt, wie eine solche namentlich für jene Fälle anzunehmen ist, bei welchen die in Rede stehenden Störungen unmittelbar nach einem chirurgischen Eingriffe auftreten. Es ist da anzunehmen, daß durch die Operation Blut- und Lymphbahnen eröffnet werden, welche infektiöse Stoffe aufnehmen und in den allgemeinen Kreislauf tragen.

Im allgemeinen kann man sagen, daß die nervösen Störungen, welche eine Appendizitis begleiten, schwerer Natur sind, da die bekannten Fälle eine Mortalität von nahezu 41,5% erlangen. Hauptsächlich sind es die zerebralen, meningealen und bulbären Störungen, welche tödlich enden.

In chirurgischer Beziehung ist aus der Möglichkeit derartiger Komplikationen der Schluß zu ziehen, daß die Appendizitis erst dann mit dem Messer angegangen werden soll, wenn das Hitzestadium vorübergegangen ist, da man sich auf diese Weise am besten, von anderen Umständen abgesehen, vor dem Auftreten nervöser Komplikationen hütet.

In dem von den Verff. beobachteten Falle handelte es sich um ein 13 jähriges Mädchen, bei welchem im Laufe eines appendikulären Abszesses, einen Monat nach Beginn der Erkrankung, Aphasie und totale rechtsseitige Hemiplegie aufgetreten war. Nach 8 Tagen gingen die nervösen Erscheinungen zurück und wenige Tage später brach der Abszeß in die Vagina durch, worauf vollständige Heilung erfolgte.

E. Toff (Braila).

M. Barillet, De quelques erreurs de diagnostic dans l'appendicite chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1907.) Seit man der Appendizitis größere Aufmerksamkeit schenkt, hat man feststellen können, daß diese Krankheit auch im Kindesalter recht häufig vorkommt, trotzdem wird dieselbe in vielen Fällen nicht erkannt und mit anderen Krankheiten verwechselt. Der Verf. bespricht in seiner Arbeit verschiedene Verwechslungen, von denen manche häufig vorkommen, andere nur ein Kuriositätsinteresse darbieten. So ist es z. B. wichtig zu wissen, daß die Pneumonie bei Kindern oft mit Schmerzen in der Gegend des Blinddarmes einhergeht und daß infolgedessen eine Appendizitis dort diagnostiziert werden kann, wo es sich nur um Pneumonie handelt. Anormale Formen von tuberkulöser oder gonorrhoischer Peritonitis täuschen oft eine Erkrankung des Wurmfortsatzes vor, ebenso auch eine gedrehte Dermoidzyste, eine Entzündung des Diverticulum Meckelii und eine akute Salpingitis.

Andere Krankheiten, welche mit Appendizitis verwechselt wurden, sind: akute Enterokolitis, Helminthiasis und azetonämisches Erbrechen.

Man muß diese verschiedenen Zustände vor Augen haben, um die richtige Diagnose stellen zu können, dies um so leichter, als die Appendizitis bei Kindern meist durch ganz prägnante Zeichen in Erscheinung tritt.

E. Toff (Braila).

Roland, Akute Thyreoiditis. (La clinique infantile. April 1907. Nr. 8.) Verf. teilt einen solchen Fall von einem 14 jährigen Knaben

mit, der an Halsweh und völliger Stimmlosigkeit erkrankt war. Der Larynx war frei, die Schilddrüsengegend jedoch geschwollen und schmerzhaft. Außerdem bestand Coryza und etwas eitriger Nasenausfluß. Die Schwellung verschwand mit den febrilen Erscheinungen in 4—5 Tagen. Das Interesse des Falles liegt in dem Fehlen einer erkennbaren Ursache, indem die meisten Fälle von Thyreoiditis sekundär im Anschluß an Infektionskrankheiten, besonders Typhus, sich einstellen. Hier jedoch war die Erkrankung eine primäre, von plötzlicher Temperatursteigerung, allgemeinem Kranksein begleitet, die unter Abklingen aller Symptome in Zerteilung endete. H. Netter (Pforzheim).

O. L. Holmes, Sarkom der Vagina. (Pediatrics. 1907. Vol. XIX. S. 95.) Es handelt sich um ein 17 Monate altes Kind, das seit 3 Monaten einen blaßrötlichen Scheidenausfluß hatte und zunehmend anämisch geworden war. Der immer stärker werdende Ausfluß bekam einen leicht unangenehmen Geruch. Bei der Urinentleerung geringe Schmerzen. Preßte das Kind bei der Stuhlentleerung, so wurden kleine Massen aus der Vagina herausgedrängt. Die gedehnte Blase glich einem suprapubischen Tumor. Die Vagina war mit einer weichen, bröckeligen, gallertigen, rötlich grauen Masse angefüllt. Durch Kurettement wurden ca. 120—180 g entfernt und dies noch einige Male wiederholt, bis nach 6 Monaten der Tod eintrat. Verf. gibt im Anschluß daran noch eine kurze Übersicht über 20 andere Fälle, die Kinder von 6 Monaten bis zu 3 Jahren betrafen. Alle hatten letal geendet. In wenigen Wochen bis zu 2 Monaten nach der Operation war es schon zu einem Rezidiv gekommen, die durchschnittliche Dauer betrug 12 Monate. Zu Metastasen kam es nicht. Die Komplikationen traten ein durch das Wachstum der Geschwulst (Urinretention, Cystitis, Pyelitis, Pyometra, Peritonitis und Pyämie). Diese Fälle endeten alle letal. H. Netter (Pforzheim).

S. W. Moorhead, Akuter Alkoholismus. (Arch. of Pediatrics. 1907. Vol. XXIV. S. 108.) Zwei Brüder, 5 und 7 Jahre alt, wurden in einem Zimmer bewußtlos aufgefunden in Gesellschaft eines offenbar in alkoholischem Stupor befindlichen Mannes. Die Hauptsymptome waren leichte Cyanose, subnormale Temperatur, voller, weicher Puls, stark dilatierte Pupillen, die aber doch auf Licht reagierten. Per Schlundsonde eingeführtes Magnesiumsulfat bewirkte Erbrechen. Der junge Knabe erlangte zuerst das Bewußtsein wieder, war aber am nächsten Morgen noch etwas betäubt und wurde am folgenden Tag geheilt lassen. Der ältere wurde für eine Stunde etwas besinnlich, bekam dann aber einen allgemeinen Krampfanfall, der von krampfartigen Bewegungen in den Armen und Beinen gefolgt wurde, die bis zum Abend anhielten. Das Herz ermattete rasch. Cyanose und Cheyne-Stokessches Atmen stellten sich ein; die Temperatur stieg auf 103° F. am Abend. Am folgenden Tage war der Knabe unruhig und reizbar. Es kam zur Lähmung der Sphinkteren, der Puls wurde unregelmäßig und aussetzend. Drei weitere Krampfanfälle traten hinzu, Frequenz und Unregelmäßigkeit des Pulses nahmen zu, am fünften Tag stellten sich Gesichts- und Gehörshalluzinationen ein, die zwei Tage anhielten und von einer geistigen Schwäche

gefolgt waren, die eine Woche lang andauerte. Dann trat allmählich Heilung ein. Das konstanteste Symptom des akuten Alkoholismus ist Bewußtseinsverlust unmittelbar oder wenige Stunden nach dem Genuß des Giftes, je nach der Größe der Dosis. Seine Dauer variiert von wenigen Stunden bis Tagen, und soll nach der Versicherung einiger Autoren selbst Wochen und Monate dauern können. Die Temperatur ist zu Beginn fast stets subnormal, später kann sie fieberhaft werden. Klonische und tonische Konvulsionen sind weniger häufig, in schweren Fällen kann Opistothonus eintreten. Richtiges Delirium tremens ist selten. H. Netter (Pforzheim).

G. H. Wington, Notes on two Cases of intestinal obstruction by a band. (Glasgow medical Journal. April 1907.) 1. Knabe von 15 Jahren, vor 2 Tagen unter epigastrischen und rechtsseitigen Leibschmerzen erkrankt. Plötzlicher Beginn mit Temperatursteigerung, dann galliges Erbrechen. Im Bereich des Colon ascendens, über der Appendixgegend fühlt man einen rundlichen Tumor. Laparotomie; der Länge des Colons nachgehend fühlt man unten und außen einen harten, den Darm komprimierenden Strang. Der obere Teil der letzteren nimmt seinen Ursprung vom Peritoneum an der Oberfläche eines fluktuierenden Tumors, der, vor der Wirbelsäule gelegen, die Größe eines Hühnereies hat. Die untere Partie endet an dem inneren Teil der rechten Fossa iliaca, zwischen Darm und Strang kann der Finger hindurchpassieren. Der Strang wird durchtrennt, worauf die Obstruktion verschwindet. Die retroperitoneale Geschwulst (ein verkästes Mesenterialdrüsenpaket) wird exzidiert. Heilung.

2. 10jähriger Knabe, am 23. August 1906 mit den Symptomen einer 6 Tage datierenden Darmokklusion aufgenommen. Beginn mit Erbrechen. Schmerzen und Diarrhoe. Laparotomie, wobei käsige Drüsenpakete gefunden werden; von einem dieser Ganglien ging ein Strang aus, der eine Ileumschlinge zusammenschnürte. Durchtrennung des Stranges, Abtragung der Appendix. Exitus 31 Stunden post operat. In beiden Fällen saß das Hindernis in der rechten Bauchseite und in beiden Fällen verdankten die abschnürenden Stränge einer alten Tuberkulose der Mesenterialdrüsen ihre Entstehung.
H. Netter (Pforzheim).

F. W. Miller, Primäre Augendiphtherie. (South Californ. Practitioner.) Die Beobachtung bezieht sich auf ein 9jähriges Kind. Am dritten Krankheitstag waren die Augenlider ödematös und purpurrot mit einer dünnen, blutig tingierten, sero-purulenten Sekretion. Die präaurikularen Drüsen waren geschwollen und empfindlich, auf der Wange, dicht unter dem erkrankten Auge, ein seichtes Geschwür, das von einer typischen grauen Membran bedeckt war, deren Entfernung eine Blutung bewirkte. Eine ähnliche Membran bedeckte die Konjunktiva teilweise. Kulturell handelte es sich um den Löfflerschen Bazillus. Serum und lokale Behandlung führten schnelle Heilung herbei. H. Netter (Pforzheim).

A. Coolidge, Stimmknötchen bei Kindern. (Boston medical and Surg. Journ. 30. Mai 1907.) Kurze Mitteilung eines solchen Falles bei einem 10jährigen Mädchen. Schwerhörigkeit einer Kameradin

hatte lautes Sprechen zur Gewohnheit gemacht und so zu einer 5 Jahre dauernden Heiserkeit geführt, woran auch die Adenotomie nichts änderte. Bei der Untersuchung fanden sich zwei durchsichtige weiße Knötchen an jedem Stimmbandrand zwischen vorderem und mittlerem Drittel. Der Autor gibt eine kurze Literaturübersicht und zeigt dabei ihr seltenes Vorkommen bei Kindern. Nach seiner eigenen Erfahrung zeigen sie sich nicht selten im 4. und 5. Lebensjahr, verschwinden aber oft seiner Meinung nach während der Pubertät, besonders bei Knaben im Laufe des Stimmwechsels. Bei Knaben hat er die Stimmknötchen weit häufiger gesehen als bei Männern. Ruhe und der natürliche Gebrauch der Stimme sind die wesentlichen Momente bei der Behandlung. H. Netter (Pforzheim).

Ignacio Fiqueras Parés, Gliom der linken Retina (angiosarcomatosa) mit Degenerationszone, Exstirpation, Heilung. (La Medicina de los niños. Februar 1907. S. 44.) $2^1/_2$ Jahr alter Knabe, am 7. Januar in der Augenpoliklinik von Dr. Barraquer zum ersten Male vorgestellt. Kräftiges, gut entwickeltes Kind mit einer am linken Auge lokalisierten Erkrankung. Lider und Conj. palpebr. normal, Conj. bulbi leicht injiziert, Bulbus wenig vorgetrieben mit Strabismus divergens, Cornea durchscheinend, vordere Kammer verkleinert, Pupille halb erweitert, und starr mit einem tiefen weißgelben Reflex, Linse transparent, intraokularer Druck erhöht. Mit dem Augenspiegel ist der weißgelbe Reflex noch deutlicher sichtbar. Die Diagnose schwankt zwischen Gliom und Chorioiditis exsudativa purulenta (metastatische Ophthalmie). Retinalgefäße undeutlich. Die Differentialdiagnose stützte sich zugunsten eines wahren Glioms auf folgende Punkte: Das wahre Gliom kommt unter 9 Jahren vor, um so häufiger, je jünger das Kind ist. Ferner auf das Vorhandensein von Gefäßen, obgleich man sie nicht in allen Fällen sehen kann, und schließlich in der Vermehrung der Tension. Gesund bis zum 18. Monat, hatte das Kind eine sommerliche, nur kurz dauernde Verdauungsstörung durchgemacht. Dann begann das linke Auge nach außen abzuweichen, die Pupille blieb ein wenig dilatiert und beweglich, ließ jedoch einen weißgelben Reflex erkennen. Die Spannung nahm zu und mit ihr auch die Schmerzen. Enukleation des Bulbus, wobei der Nervus opticus so hoch wie möglich durchtrennt wurde. Das Gliom war degeneriert, hatte das Aussehen wie Eiter, wodurch die Erkennung der Retinalgefäße verhindert war. Nach der Härtung des Auges in Formol konnte man den gliomatösen Prozeß hauptsächlich um die Gefäße herum lokalisiert erkennen (Angiosarkom).

H. Netter (Pforzheim).

Jörgen Jensen (Däne), Fractura tuberositatis tibiae. (Hospitalstidende. 1907. Nr. 23 u. 24.) Bisher wurden 40 Fälle dieser Fraktur veröffentlicht, der Verf. teilt 10 neue Fälle mit und gibt, zum Teil auf Röntgenbilder gestützt, eine eingehende Beschreibung des Leidens. Aus seinen Untersuchungen geht u. a. hervor, daß die Tuberositas tibiae immer ihren eigenen selbständigen Knochenkern hat, die Ossifikation findet vor dem 11. Jahre nur ausnahmsweise statt, am häufigsten im 13. Jahre; im 15. Jahre ist er gewöhnlich

mit der Epiphyse zusammengewachsen, während die Knorpellinie zwischen der Diaphyse und der Tuberoepiphyse bleibt bis zum 18. bis 25. Jahre. Das Leiden kommt hauptsächlich bei Knaben im Alter von 12 bis zu 17 Jahren vor, ist gewöhnlich rechtsseitig. Die Behandlung der leichteren Fälle der unvollständigen Frakturen kann ambulant geschehen, bei den schwereren Fällen der unvollständigen Frakturen muß der Patient 8—14 Tage in immobilisierendem Verband liegen bleiben oder in schräger Elevation mit Eisbeutel oder Umschlag um das Knie; nach einigen Tagen Massage. Bei den vollständigen Brüchen wird es von der Dislokation des Fragmentes abhängen, ob man konservative oder operative Behandlung zur Reposition anwenden soll. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Steensma, Reaktion auf Gallenfarbstoff. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. Bd. I. S. 361.) Die Methode von Huppert-Salkowski zum Konstatieren von Gallenfarbstoff im Harn besteht darin, daß man den Harn mit Na_2CO_3 und danach mit $CaCl_2$ behandelt. Der Niederschlag, welcher hauptsächlich aus $CaCO_3$ besteht, wird auf dem Filter abgewaschen und danach in Salzsäurealkohol aufgelöst (5 ccm HCl auf 100 ccm Alkohol). Diese Lösung nimmt, sobald Gallfarbstoff anwesend ist, bei Erwärmung eine grüne Färbung an.

Es hat sich nun bei S. ergeben, daß diese Reaktion öfters ausblieb. Er erklärt dies daraus, daß, weil die Umsetzung von Bilirubin in Biliverdin ein Oxydationsprozeß ist, für das Glücken der Reaktion ein oxydierendes Agens anwesend sein muß. Dies fehlt aber öfters.

S. hat die Methode Huppert-Salkowski nun derart geändert, daß, wenn die grüne Verfärbung ausbleibt, er einen Tropfen von einer $^1/_2$ %igen Natriumnitrit($NaNO_2$)lösung, welche oxydierend wirkt, hinzufügt. Graanboom.

O. Lanz, Die physiologische Bedeutung der Appendix. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. Bd. I. S. 418.) Nach Lieberkühn wäre die Bedeutung des Wurmfortsatzes, daß wenn das Sekret in den Dickdarm fließt, dessen Inhalt erweicht und dessen Fortbewegung erleichtert wird.

Gegenbaur faßt die Appendix als ein rudimentäres Organ ohne Bedeutung auf.

Klemm sah in der Appendix, durch ihren Reichtum an Lymphfollikeln, einen Schutz gegen bakterielle Infektion.

L. ist der Meinung, daß die Frage bis jetzt nicht beantwortet ist. Er findet es am wahrscheinlichsten, daß die Bedeutung im Sinne Lieberkühns nur eine mechanische sei, daß also durch das Sekret des Wurmfortsatzes die Darmverdauung befördert wird. Immerhin sei die Funktion nur eine minderwertige, nicht spezifische und leicht kompensierbare. Er stützt seine Meinung auf Erfahrung an einer großen Zahl Operierter, worunter zwei seiner eigenen Kinder, und welche er Jahre hindurch observiert hatte. Bei ziemlich allen Operierten trat nach der Appendektomie vollständige Heilung ein, ohne jede Störung in den Funktionen. Er ist der Meinung, daß der Verlust der Appendix auch vom Kinde ohne jede Bedeutung für den Organismus ist. Graanboom.

Adolph H. Meyer (Däne), Ein Fall von Situs inversus viscerum bei einem 3jährigen Mädchen. (Hospitalstidende. 1907. Nr. 33.) Die Abnormität wurde zufällig während einer Bronchitis entdeckt. Röntgenbild wird beigefügt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

W. Reis, Ankyloblepharon filiforme adnatum. (Lwowski Tygodnik lekarski. Nr. 17. 1907.) Man versteht darunter eine angeborene Verbindung beider Lidränder durch ein dünnes, bei offenen Lidern sich anspannendes Häutchen. An die fünf bis nun publizierten Fälle reiht sich der vom Verf. beobachtete als sechster an. Alle betrafen neugeborene Kinder, so daß die Frage entsteht, ob dieser Zustand ein Entwicklungsfehler sei, oder aber Residuum einer intrauterin durchgemachten entzündlichen Affektion.

Verf. neigt zur letzteren Ansicht: die Anwesenheit der Gefäße innerhalb des Bindegewebes, sowie die Elastizität des Häutchens sprechen dafür; man könnte nach Wintersteiner und Webster an eine traumatische intrauterine Läsion der Lidränder denken. Gabel.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 14. November 1907.

Goldreich demonstriert einen 8jährigen Knaben mit **hochgradiger Störung der Zahnentwickelung.** Ober- und Unterkiefer sind atrophisch, von den Backenzähnen sind erst 5 durchgebrochen, im Unterkiefer sind 2 Schneidezähne eben im Durchbruche. Dabei zeigt das Kind nur mäßige Rachitisresiduen. Trotzdem bringt Vortr. die Anomalie der Zahnentwickelung mit der Rachitis in Zusammenhang.

Escherich und Kassowitz wenden sich gegen letztere Auffassung, da es unabhängig von Rachitis Störungen in der Zahnentwickelung gibt.

Weiss-Eder zeigt ein 10jähriges Mädchen mit **angeborener nicht familiärer Ptosis** des r. oberen Augenlides. Interessanterweise hebt sich das r. obere Augenlid nur zusammen mit Öffnen des Mundes, bei Seitenbewegung des Unterkiefers nach links. Bei Aufeinanderbeißen der Zähne tritt ein Hinaufgehen des Lides auf. Die Erklärung dieser Mitbewegung wird auf das Bestehen einer Nervenverbindung der Kaumuskeln mit dem Musc. levat. palpebrae superioris zurückgeführt.

Lehndorff demonstriert einen 12jährigen Knaben mit **Thoraxdeformitäten** nach schwerem Tetanus. Neben den sonstigen typischen Symptomen bestanden häufige und heftige Anfälle von Dyspnoe. Nachdem unter Serum- und Chloralbehandlung die Spasmen geschwunden waren, zeigte sich als bleibende Veränderung eine Kyphose der oberen Brustwirbelsäule. Außerdem bestehen zu beiden Seiten des Sternums grubige Vertiefungen, durch Einwärtsbiegung der Rippenknorpel entstanden. Die Erklärung der Deformität ist schwierig. Die Rippendeformität kann auf die Krampfzustände der Mm. recti und des Zwerchfells zurückgeführt werden.

Bienenfeld hält ihren angekündigten Vortrag: **Über das Verhalten der Frauenmilch zu Lab und Säure.** Das Kasein der Kuhmilch und der Frauenmilch sei weitgehend voneinander unterschieden, indem ersteres durch Labzusatz sofort gerinnt, letzteres jedoch nicht. Vortr. wies nach, daß eine Gerinnung der Frauenmilch dann eintritt, wenn sie zentrifugiert, mit Lab versetzt, mit $^1/_{10}$ Normalmilch- oder Salzsäure auf einen bestimmten Aziditätsgrad gebracht und auf 40° erwärmt wird. Bei Steigerung des Säurezusatzes bleibt die Gerinnung aus und tritt erst nach Neutralisierung des Überschusses auf. Da die Frauenmilch auch auf bloße Ansäuerung ohne Labzusatz gerinnt, so ist die Annahme berechtigt, daß die Gerinnung der Frauenmilch keine Lab-, sondern eine Säuregerinnung sei.

Escherich bemerkt in der Diskussion, daß der Befund der Nichtgerinnbarkeit der Frauenmilch durch Lab neu sei und mit den Erfahrungen der Kinderärzte im Widerspruch stehe. Nach dem Ergebnis des vorliegenden Vortrages sei also in der Frauenmilch kein Kasein vorhanden. Escherich macht überdies darauf aufmerksam, welchen Zweck dann das Lab im Magen des Säuglings hätte, wenn es nicht zur Ausfällung des Kaseins verwendet werde. Die Frauenmilch gerinnt nachweislich im Säuglingsmagen zu derben Flocken.

Fränkel entgegnet, daß man das Kasein der Kuhmilch mit demjenigen der Frauenmilch nicht vergleichen könne. Ersteres enthält 82 % des Gesamtstickstoffes der Milch, letzteres nur ca. 16 %. Das Frauenmilchkasein stellt ein Gemisch verschiedener Eiweißkörper dar, deren Natur noch erforscht werden muß. Das Vorkommen von Lab im Magen sei kein Beweis dafür, daß es auch zur Gerinnung der Frauenmilch verwendet werde, denn Lab komme in vielen Organen und auch in Pflanzen vor, die mit der Milchgerinnung nichts zu tun hätten.

B. Schick (Wien).

II. Internationaler „gouttes de lait" Kongreß.

(Brüssel, 12—16. September 1907.)

Referiert von Primarius Dr. Ernö Deutsch (Budapest).

(Schluß.)

4. Anstalten, die gegen die Säuglingsmortalität kämpfen.

Würtz (Straßburg): In Deutschland spielt die Aktion der Arbeiterkrankenkassen und die Mutterschaftsversicherung eine mächtige Rolle. Nicht zu unterschätzen ist die Arbeit der Fabrikskrippen, der Säuglingsfürsorgestellen, der Säuglingsspitäler und der Milchküchen.

Deutsch (Budapest): Schildert die Titanenarbeit, die der staatliche und gesellschaftliche Kinderschutz in Ungarn durchführt. Das System der staatlichen Kinderärzte und das der Kinderschutzliga hat seine reichen Früchte getragen. Kinderspitäler, Ambulatorien, Milchküchen und Krippen kämpfen wetteifernd im Interesse der leidenden Kinderwelt.

Zelenski (Krakau): Die Krakauer Milchküche entfaltet seit 1905 ihren segensreichen Einfluß. In Leopol ist ein Säuglingsheim erfolgreich tätig.

Johannessen (Christiania): Das norwegische Gesetz vom 6. Juli 1892 regelt die Verpflichtungen des Vaters dem unehelichen Kinde gegenüber, das vom 9. November 1901 die Schulung der Hebammen, das vom 29. April 1905 die Kontrolle der in Ammenschaft gegebenen Kleinen.

Wernstedt (Stockholm): In Schweden versorgt das „Barnhus"-Institut Mutter und Säugling, „Barnkrubbar" entspricht der deutschen Krippe, „Ujöckdroppar" dem französischen „gouttes de lait". Die in Ammenschaft gegebenen Kinder werden seit 6. Juni 1902 staatlich kontrolliert.

Roux und Pélou (Lyon): Das Munizipium von Lyon unterhält einen Musterstall, um die künstlich genährten Säuglinge mit entsprechender Nahrung zu versehen.

Marchandise (Brüssel): Seit 1889 ist das Verhalten der belgischen Arbeiterin nach der Entbindung gesetzlich umschrieben. Dem Verdienste Justs ist der Aufschwung der belgischen Kinderschutzliga und der Institution der „laiterie maternelle" zuzuschreiben.

Panel (Rouen): Bespricht die Rolle, die der städtische und staatliche Beamte im Interesse des Kinderschutzes spielen sollte.

Plantenga (La Haye): Seit 1872 florieren in Holland die Krippen. 1901 entstand die erste holländische Milchküche. Mit Unterstützung nicht verheirateter Mütter beschäftigt sich „Nederlandsche Vereenigung Onderlinge Vrouwenbescherning".

Spolverini (Rom): Ein italienisches Kinderschutzgesetz gibt es nicht. Die Verordnungen der Stadt Rom sind mustergültig, die Kontrolle der in Ammenschaft gegebenen Kinder überaus streng, die Handhabung der Milchküchen rigoros.

Cacace (Capua): „L'istituto nipiogienico di Capua" vereint „gouttes de lait", „consultation des nourrissons" und „école des meres".

Benavenuti: Das erste spanische Kinderschutzgesetz stammt aus dem Jahre 1788. Der spanische Kinderschutzverein, die Milchküchen und die Schule für Mütter zu Madrid tun das ihrige in Bekämpfung der Kindersterblichkeit.

Contrarida Cratunesco: Die verlassenen Kinder werden in Rumänien seit dem Jahre 1831 staatlich überwacht. Die Vereine „Bergamel“ und „Materna“ kämpfen erfolgreich gegen die Säuglingssterblichkeit.

Caraco (Konstantinopel): In der Türkei gibt es kein Kinderschutzgesetz. Die Schwestern von „Saint-Vincent de Paul“ und die „cré du de la Panaghia“ beschäftigen sich mit der Wartung der Findlinge. Die „Société internationale pour la protection des enfants“ und die vier Kinderhospitäler in Konstantinopel tun das ihrige in Bekämpfung des Kinderelends.

Magathaes (Bahia): Vortragender schildert die segensreiche Tätigkeit des brasilianischen Kinderschutzvereins zu Bahia.

Zusammenfassung: Der Säuglingsschutz muß intrauterin anfangen. Große Wichtigkeit hat die Unterstützung der Wöchnerin und der stillenden Proletarierin. Die Unterbringung des gesunden — Heim — und kranken — Hospital — Säuglings, die ambulatorische Kontrolle des mit Muttermilch genährten — „Consultation des nourrisons“ — oder mit künstlicher Nahrung versehenen — „gouttes de lait“ — Säuglings sind insgesamt überaus wichtig in Abwehrung der Säuglingssterblichkeit.

5. Regelung der Milchproduktion und des Milchverkaufes.

Deutsch (Budapest): Das ungarische Gesetz XLVI vom Jahre 1895 regelt weitgehend die sich auf Produktion, Verkauf und Fälschung der Milch beziehenden Postulate.

Weiss (Wien): Das österreichische, aus dem Jahre 1896 stammende Nahrungsmittelgesetz ist lückenhaft. Einige Städte, z. B. Karlsbad, haben mustergültige Verordnungen. Das „milchwirtschaftliche Komité“ entfaltet eine rege, diesbezügliche Tätigkeit.

Carpenter (London): Das englische, in dem Jahre 1815 geschaffene Nahrungsmittelgesetz ist mustergültig. Nachahmenswert sind die „milkestablishments“ der einzelnen Munizipien und die Vereinigung die Kinderärzte im Kinderhospital „Great Ormend street“ zur Schaffung eines, sich auf die Produktion entsprechender Säuglingsnahrung beziehenden Regulativs.

Thewien (Edinburgh): Die in den Jahren 1875, 1877, 1885, 1887, 1897 und 1899 geschaffenen schottischen Gesetze regulieren die Produktion, Verkauf und strafbare Handhabung der Nahrungsmittel. Die „municipat milkdepots“ entfalten eine segensreiche Tätigkeit.

Johannessen (Christiania): Das Regulativ von Christiania (1898) ist nahezu für ganz Norwegen gültig. Seit 1895 ist die Tuberkulinimpfung im Lande kostenfrei durchgeführt. Der Gesundheitszustand des Stallpersonales wird amtlich kontrolliert.

Luneldahl (Aarhus): Mustergültig sind die Vorschriften des „Kjöbenhavns Maelkeforsymig“ und der Stadt Aarhus. Das Milchfälschen strafende Gesetz ist überaus streng.

Dufour (Ficamp): Im Jahre 1888 wurde das die Stallhygiene regulierende Gesetz, 1904 das die Milchfälschung strafende und 1905 das, welches den Verkauf regelt, geschaffen.

Heury (Bruxelles): Aus dem Jahre 1890 stammt das die Milchfälschung verfolgende belgische Strafgesetz.

Borobio Diar (Saragossa): In Spanien sind staatliche wie städtische Verordnungen, die den Milchhandel gesetzlich regulieren. Die Tierseuchen behandelnden Gesetzparagraphen stammen aus dem Jahre 1904.

Aderkass: In Rußland gibt es außer einigen Erlässen keine gesetzliche Verfügung, die sich mit dem Milchverschleiß beschäftigt.

Violi (Chichli): Die türkischen diesbezüglichen Verordnungen sind nur auf dem Papier und nicht in der Wirklichkeit vorzufinden.

Pelletier (Montreal): In Kanada sind nahezu in jeder Stadt munizipierte Verordnungen, staatliche Gesetze verfügen über diesen Gegenstand nicht. In Québec ist die Tuberkulinimpfung vorgeschrieben.

Valdes (Cuba): Das „departement de sanidad“ arbeitete ein Milchregulativ aus.

Zusammenfassung: Es ist notwendig staatlich und städtisch vorzugehen, daß:

1. Das Tiermaterial amtlich durch Tierärzte kontrolliert wird. Einführung der zwangsweise durchgeführten Tuberkulinimpfung.
2. Die Stallungen den Ansprüchen der modernen Hygiene entsprechen mögen.
3. Das Wartepersonal soll ärztlich überwacht sein.
4. Asepsis möge bei der Gewinnung, Verschickung, Aufarbeitung und Verkauf der Milch herrschen.
5. Unter dem Namen „Säuglingsmilch“ ist nur ein solches Produkt verkaufbar, daß gewissen Anforderungen entspricht.
6. Die Verfälschung der Milch ist strengstens zu verfolgen.

6. Die Milchküche im Kampfe gegen die Tuberkulose.

Comby (Paris): Ist Anhänger der Theorie der „contagion familiale“ und glaubt nicht an die alimentäre Infektion; demzufolge hat die Milchküche — seiner Meinung nach — keine besondere Rolle im Kampfe gegen die Verbreitung der Tuberkulose.

Martel (Paris): 40% der Kühe sind perlsüchtig, bei 4,1% sind die Euter spezifisch erkrankt.

Calmette und Potelet (Paris): Verfechten die Wichtigkeit ihrer „ophtalmo réaction“. Die Milchküche spielt eine indirekte, aber trotzdem wichtige Rolle im Kampfe gegen die Tuberkulose.

Lefévre (Gembloux): Erkennt die Rolle der Prädisposition an, hält die kongenitale Tuberkulose für überaus selten, glaubt an die Infektion durch Milch und Sputum. Die dem Kinderschutze dienenden Institutionen spielen alle eine hervorragende Rolle in der Bekämpfung der Tuberkulose.

Pattyn (Nienport): Empfiehlt den Milchproduzenten, die Tuberkuloseimpfungen einzuführen.

Deutsch (Budapest): Die unter seiner ärztlichen Leitung stehende Anstalt kämpft durch folgende Mittel gegen die Tuberkulose: 1. Propagierung der Säuglingsernährung durch die Mutter; 2. entwöhnt das Kind von seiner tuberkulösen Mutter; 3. verteilt tuberkelbazillenfreie Milch; 4. popularisiert die Hygiene; 5. durch Bekämpfung der Krankheiten der Verdauungsorgane wirkt sie prophylaktisch; 6. hygienisch-therapeutische Behandlung Skrofulöser und Tuberkulöser.

Ferreira (Sao Paulo): Mißt der Milchküche prophylaktische Bedeutung zu.

D'Espine (Genève): Der Arzt soll die, die Milchküche besuchenden tuberkulösen Eltern eingehend über den Schutz ihrer Kinder gegen die verheerende Seuche belehren. Zur Vernichtung der Bazillen der Perlsucht empfiehlt er die Sterilisation; bei auf Tuberkulin nicht reagierenden Tieren genügt das Pasteurisieren.

Schrötter (Wien): Wenn die Milchküche allen Anforderungen des Säuglingsschutzes genügen tut, wird sie eine mächtige Waffe gegen die Tuberkulose sein.

Zusammenfassung. Die Milchküche spielt im Kampfe gegen die Tuberkulose direkt und indirekt eine wichtige Rolle:

1. Sie popularisiert die Hygiene.
2. Sie schützt das gesunde Kind vor den tuberkulösen Eltern.
3. Kämpft im Interesse der natürlichen Säuglingsernährung.
4. Entwöhnt das Kind der tuberkulösen Mutter und versieht es mit entsprechender Nahrung.
5. Durch Prophylaxe und Therapie der Verdauungskrankheiten erschwert sie das Gedeihen der Tuberkelbazillen im Organismus.

7. Ernährung und Stoffwechsel des Säuglings.

Michel und Perret: Empfehlen auf Grund theoretischer Auseinandersetzung, überaus richtig, die Verabreichung von „rations minimes.“

Siegert (Köln): Pro Kilogramm im ersten Lebenshalbjahr 90—100, in dem zweiten 80—90 Kalorien rechnend, empfiehlt S. den Säugling täglich 4—5 mal zu ernähren.

Langeler (Marcinelle): Empfiehlt die Verabreichung minimaler Einzeldosen der Nahrung und ist lieber für stetiges Ansteigen, bis zum Erreichen einer normalen Gewichtskurve.

Leven und Barret (Paris): Sprechen sich auf Grund ihrer radioskopischen Untersuchungen gegen die 2stündliche Ernährung des Säuglings aus.

Finkelstein (Berlin): Die Sterilisierung schadet, die Ernährungsresultate vor Augen haltend, nur der arteigenen Milch.

Triboulet (Paris): Die Rohmilch ist teuer und schwer konservierbar, daher spielt sie heute nur die Rolle eines Diätetikums.

Dument (Lourain): Kämpft im Interesse der natürlichen Ernährung des Säuglings. Nur von nicht perlsüchtigen Tieren aseptisch gewonnene Milch ist roh verabreichbar. Er ist Anhänger der Sterilisation.

Deutsch (Budapest): Nicht die auf theoretischer Basis stehende Verarbeitung, sondern die Asepsis der Gewinnung, des Transportes, des Verkaufes ist ausschlaggebend. Er ist mit der durch das Verfahren von Székely (Dekaseinierung mit CO_2) gewonnenen Säuglingsmilch überaus zufrieden. Ist die Indikation der Verabreichung von Rohmilch, Buttermilch oder Fettmilch vorhanden, so gebraucht er Perhydrasemilch, Buttermilchkonserve oder Ramogen (Milchwerke zu Linz).

Graanboom (Amsterdam): Die Buttermilch verabreichte er in Form einer Suppe. Der Leichtverdaulichkeit seines Kaseins und dem Reichtum an Milchsäure verdankt sie ihre erfolgreiche Anwendung. Die im Anfang der Dosierung auftretenden Dyspepsien heilten spontan.

Mayeral Oliver (Malaga): Lobt das „Polvo de leche" als künstliches Nährmittel für gesunde und kranke Säuglinge.

Raudnitz (Prag): Empfiehlt zur Konstatierung des Inhaltes auf Tuberkelbazillen der Milch das Tierexperiment. Zur Durchführung der Schmutzprobe hält er den Bernsteinschen Apparat für den besten.

Mero (München): Bei der alimentären Intoxikation spielen die Bakterien nur eine sekundäre Rolle.

Selter (Solingen): Der chemischen Zusammensetzung der Säuglingsnahrung entsprechend, werden wir in den Fäzes auch physiologisch das Prävalieren des Eiweißes, der Fette und der Kohlenhydrate finden; geht das Auftreten dieser Bestandteile über die Grenze des Normalen, so sprechen wir von „Fettdiarrhöe", „Mehlnährschaden" usw.

Lesage (Paris): Die Arbeit der Drüsen des Verdauungstraktes ist gemeinsam: die Arbeitsleistung ist nicht so scharf trennbar, wie sie in der älteren Literatur verzeichnet ist.

Muls (Brüssel): Begründet wissenschaftlich, daß die Verdauung der Kuhmilch schwerer von statten geht, wie die der Frauenmilch.

Basenau (Amsterdam): Empfiehlt das Abkochen der Milch, im Kampf gegen die Bakterieninvasion.

Zusammenfassung. Die einzige ideale Art der Ernährung des Säuglings ist die mit Muttermilch; können wir diese nicht verabreichen, so greifen wir zur von perlsuchtfreien Tieren aseptisch gewonnenen Milch, deren Sterilisierung für die Ernährung des menschlichen Säuglings keine Gefahren birgt.

---

79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Dresden am 14. und 15. September 1907.
(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

Sitzung am 18. September 1907.
Vorsitzender: Stoss (Bern).

(Schluß.)

Peiser (Breslau): **Osteopsathyrosis im Kindesalter.** (Mit Demonstrationen.) Bei jugendlichen Kindern gelangt hin und wieder eine abnorme Knochenbrüchigkeit zur Beobachtung, welche mit der osteomalazischen Form der Rachitis nichts zu tun hat. Auch von der Rachitis im allgemeinen läßt sie sich abgrenzen, trotzdem sie häufig mit ihr vereint auftritt. Sie charakterisiert sich klinisch und im

Röntgenbild, bzw. im mikroskopischen Präparat in folgender Weise: Klinisch handelt es sich in der Regel um elende Kinder, welche nicht allein physisch, sondern auch psychisch minderwertig sind und selbst in ihrer späteren Entwickelung körperlich und geistig zurückbleiben. Im Röntgenbild fällt die Dünne der Kortikalis der langen Röhrenknochen auf, zuweilen noch die weite Diastase der Bruchenden. Nach dem mikroskopischen Präparat ist die Dünne der Kortikalis zurückzuführen auf Steigerung der lakunären Knochenresorption beim Ausbleiben entsprechender Apposition. Die Osteopsathyrosis dürfte als Trophoneurose aufzufassen sein, ihre Prognose ist günstig. Als Therapie wäre Schilddrüsenmedikation zu versuchen, dagegen ist eine Immobilisierung der Frakturen nicht zu empfehlen.

In der Diskussion bekämpfen Hochsinger (Wien), Reyher (Berlin) und Loos (Heidelberg) die Auffassung Peisers, indem sie die vorgestellten Fälle als Rachitis gravis auffassen. Im Schlußworte sucht Peiser seine Auffassung zu stützen, indem er nochmals die schwere Knochenbrüchigkeit nicht als zum Bilde der Rachitis gehörig bezeichnet, gibt jedoch zu, daß sich darüber streiten lasse, ob der Name Osteopsathyrosis gut gewählt gewesen sei.

Knöpfelmacher (Wien): **Subkutane Vakzineinfektionen.** Aus der großen Versuchsreihe, deren Ergebnisse der Autor mitteilt, sei als praktisch hervorgehoben, daß die Infektion von Vakzinelösung, welche durch Erhitzen avirulent und mit Kochsalzlösung entsprechend verdünnt worden ist, zur Diagnose der Variola bei nicht Geimpften verwertbar sein muß. Der nicht Geimpfte muß auf die Injektion hin mit der Bildung einer lokalen Reaktion antworten.

Tobler (Heidelberg): **Beobachtungen über die Zusammensetzung des Mageninhaltes bei kongenitaler Pylorusstenose.** Bei einem typischen Fall von angeborener Pylorusstenose wurde im Reparationsstadium die chemische Zusammensetzung des ausgeheberten Magenrückstandes vier Stunden nach einer Frauenmilch- oder Vollmilchmahlzeit von 100—150 ccm untersucht. Der dickflüssige, fast breiige, gelbliche Rückstand betrug 81—115 ccm und enthielt nur kleine Mengen N-haltiger Substanz. Sehr hoch war dagegen der Fettgehalt, der mehrmals zwischen 25 und 30 g (bis zu 31,5 % des Rückstandes) betrug. Während also der N-Gehalt des Restes 1/4 bis 1/3 des Eiweißgehaltes der letztgenommenen Mahlzeit erreichte, entsprach der Fettrückstand dem gesamten Nahrungsfett einer großen Tagesportion Milch. Es besteht demnach eine einseitige, schwere Störung des Fettabtransports vom Magen in den Darm. Am wahrscheinlichsten erklärt sich dieselbe durch eine Alteration des reflektorischen Pylorusschlusses vom Duodenum aus. Es bestehen Analogien zu der in einer größeren systematischen Untersuchungsreihe an gesunden Säuglingen festgestellten Tatsache, daß für die Dauer der Magenverdauung der Fettgehalt der Milch von ausschlaggebender Bedeutung ist. Die Befunde erklären, weshalb im untersuchten Fall auf fettärmere Milchportionen regelmäßiger Gewichtsanstieg, auf fettreichere Abfall und stärkeres Erbrechen folgte. Durch die hohen Energieverluste beim Erbrechen so konzentrierter, kalorisch hochwertiger Rückstände erklärt sich auch der ungewöhnlich hohe Nahrungsverbrauch des Patienten. Die Ergebnisse lassen die therapeutische Verordnung entfetteter Milch, sowie die regelmäßige Ausheberung und Ausspülung so unzweckmäßig zusammengesetzter Nahrungsreste wissenschaftlich begründet erscheinen.

In der Diskussion weist Siegert auf die Bedeutung fettarmer Kost bei Pylorusstenose hin. Langstein bespricht Rietschels Untersuchungen über das fettspaltende Ferment im Magen des säugenden Tieres.

R. Fischl (Prag): **Folgen der Thymusexstirpation bei jungen Hühnern.** In Fortsetzung seiner Experimente an Ziegen, Hunden und Kaninchen hat F. die Thymus auch bei jungen Hühnern entfernt. In 26 Versuchen, welche Tiere im Alter von 24 Stunden bis zu 12 Tagen betrafen, von denen 24 den Eingriff überlebten, konnte er niemals irgendwelche Ausfallserscheinungen oder sonstige Folgen der Operation feststellen. Das bei einer Reihe von Hühnchen nach ihrer Verbringung aus der Gefangenschaft in natürliche Verhältnisse beobachtete eigentümliche Verhalten, Ungeschicklichkeit beim Futtersuchen, springende Bewegungen, bezieht F. auf die Längerhaltung unter ungünstigen Laboratoriumsverhältnissen, da es sich rasch verlor und bei andern aufs Land geschickten Tieren nicht zur Beobachtung gelangte. Die aus der Kuppel zweier operierter Tiere und eines normalen Huhnes mit einer operierten Henne erzielte Generation verhielt sich vollkommen normal und boten die Deszendenten dieser Gruppe nach der Operation gleichfalls keine wie immer gearteten Folgeerscheinungen dar. F. schließt aus seinen Ver-

suchen, daß auch bei Hühnern die Thymus mit Beginn des extrauterinen Lebens ihre Rolle ausgespielt hat und als der Atrophie verfallender Gewebsrest im Körper zurückbleibt.

Zappert (Wien): **Hirntuberkel im Kindesalter.** Wertvolle Zusammenstellung von 62 anatomisch sichergestellten Fällen und Analyse der klinischen Erscheinungen. Für die operative Behandlung bietet der Hirntuberkel denkbar ungünstige Chancen.

In der Diskussion teilt Fischl (Prag) mit, daß er in zwei Fällen im Frühstadium der Hirntuberkel starke vasomotorische Erscheinungen beobachtet habe.

Schick (Wien): **Herzstörungen bei Scharlach.** Die Herzstörungen bei Scharlach lassen sich in drei Gruppen einteilen: 1. Die auf der Höhe der Erkrankung zur Beobachtung gelangende Herzschädigung als Teilerscheinung der schweren Infektion. 2. Die Funktionsstörung des Herzens bei Nephritis. 3. Die analog der Diphtherie erst in der Scharlachrekonvaleszenz auftretende Herzstörung (Romberg, Schmaltz, Troitzky). Über die letzte Gruppe von Herzstörungen berichtet Vortr. an der Hand von 33 Beobachtungen an 650 Scharlachfällen der Pädiatrischen Klinik in Wien. Die Herzstörung charakterisiert sich durch Arhythmie, Bradykardie, Dilatation des Herzens, systolisches Geräusch; daneben kommen als mögliche Begleiterscheinungen vor allem noch Spaltung der zweiten Töne an der Spitze und Akzentuation des zweiten Pulmonaltones zur Beobachtung. Die Affektion verläuft häufig bei ungestörtem Wohlbefinden, kommt gerne bei größeren Kindern vor, deren primärer Scharlach leicht war. Sie ist nach der Lymphadenitis und Nephritis postscarlatinosa die dritthäufigste Komplikation des Scharlachs. In der Hälfte der Fälle erfolgte Heilung nach 2- bis 3 wöchiger Dauer der Erscheinungen, in den übrigen Fällen bleiben einzelne oder alle Symptome der Herzstörung zurück. Therapeutisch genügt einfache Bettruhe. Als anatomische Grundlage wird vielfach Myokarditis (Romberg) angenommen. Dehio faßt ähnliche Störungen bei anderen Erkrankungen (Typhus, Pneumonie) als reizbare Herzschwäche auf. In diesem Sinne schlägt Vortr. den Namen Myasthenia cordis als Bezeichnung der Scharlach-Herzaffektion vor.

Sitzung am 19. September 1907.
Vorsitzender: Pfaundler (München).

Neurath (Wien): **Angeborene Herzfehler und zerebrale Kinderlähmung.** Angeborene Kardiopathien können sich mit angeborenen Affektionen des Zentralnervensystems, die klinisch erst nach den ersten Monaten in Erscheinung treten können, kombinieren. Es ist bisher nicht entschieden, ob es sich in solchen Fällen um primäre Abnormitäten in der Organentwickelung des Herzens sowohl als des Gehirns oder um intrauterine überstandene Krankheiten beider Organe, die entweder voneinander unabhängig (Endokarditis, Enzephalitis oder Meningitis) oder das eine in einer gewissen Abhängigkeit von anderen (Embolie nach Endokarditis) affiziert wurden, handelt. Angeborene Herzfehler können aber auch für das spätere Leben eine gewisse Disposition für Erkrankungen des Zentralnervensystems schaffen, insofern die resultierenden Zirkulationsverhältnisse paradoxe Embolien der Hirnarterien ermöglichen können.

Siegert (Köln): **Eiweißbedarf des Kindes nach dem ersten Lebensjahre.** Seine auf Grund klinischer Beobachtung ermittelten Werte für den Eiweißbedarf des Kindes prüfte Vortr. in einer größeren Reihe von Stoffwechselversuchen bis zur Dauer von 6 Wochen, womit die ersten derartigen Untersuchungen für das Kindesalter vorgelegt werden. Über 6 Versuche von 2—3 wöchentlicher Dauer wird kurz berichtet. Sie bestätigen die Richtigkeit der klinisch gefundenen Werte und beweisen, daß mit 9—10% der Gesamtkalorien der Eiweißbedarf des wachsenden Menschen in jeder Periode gedekt ist. Die höheren Werte in Camerers ausgezeichneten Stoffwechselversuchen erklären sich aus der Tatsache, daß die Versuchskinder in der Zusammensetzung wie Menge ihrer Nahrung in keiner Weise beschränkt waren.

Röder (Berlin): **Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese der Salivation.** Auf Grund experimenteller Untersuchungen kommt R. zum Schlusse, daß die bei Verdauungskrankheiten der Kinder so häufig beobachtete Salivation nicht durch reine Reflexwirkung von dem Intestinalkanal aus, nicht durch funktionelle Störung innerhalb der Drüsen zustande kommt, sondern durch den unter pathologischen Verhältnissen vermehrten aufsteigenden Flüssigkeitsstrom vom Magen nach der Mundhöhle. Der Reiz dieser rückfälligen, unter gewissen Einflüssen gesteigerten

Wandströmung auf die zentripetalen Nerven der Speicheldrüsen war bei den bisherigen Erklärungsversuchen der Salivation unbekannt geblieben und stellt daher einen neuen Gesichtspunkt für die Erklärung ihrer Pathogenese dar.

Zlocisti (Berlin): **Über Spätlaktation.** Z. teilt eine Kasuistik von 11 Fällen mit, in denen es ihm gelang, eine Brustdrüse nach monatelanger Pause wieder in Gang zu bringen. Als ein vorzügliches Mittel empfiehlt Z. das Saugenlassen durch Erwachsene.

In der Diskussion erkennt Neumann (Berlin) den bedeutungsvollen Gesichtspunkt an, hält jedoch das Mittel für unästhetisch. Langstein (Berlin) empfiehlt die Biersche Stauung, Peiser (Breslau) das Anlegenlassen von saugenden Tieren.

Baron (Dresden): **Klinik der Plaut-Vincentschen Angina.** Analyse der Krankheit auf Grund eigenen großen Materials. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

In der Diskussion werden von Soltmann (Leipzig) und Rauchfuss (Petersburg) die bakteriologische Untersuchungsmethode und die Schlüsse, die sich aus ihr ableiten lassen, besprochen. Rauchfuss bevorzugt die Ausstrichpräparate vor der Kultur, die in bakteriologischen Untersuchungsämtern angelegt wird.

Soltmann bespricht die Beziehungen zwischen **Stomakake, Noma, Gingivitis ulcerosa** und der in Rede stehenden Affektion.

Bernheim-Karrer: **Demonstration von Knochenpräparaten von Mongolismus.**

Ritter (Berlin): **Myelitis acuta im Säuglings- und Kindesalter.** R. bringt seine Anschauungen über die Pathogenese auf Grund einer kleinen Kasuistik.

Trumpp (München) demonstriert **Röntgenogramme** über den **Ablauf der Verdauungsvorgänge beim Säugling** mit Hilfe der bekannten Wismutmethode.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Prof. Dr. A. Baginsky beging am 7. Dezember das 25jährige Dozentenjubiläum.

— Das **Elisabeth-Kinderhospital** wird nach der Wuhlheide verlegt und unter dem Namen Königin Elisabeth-Hospital in ein allgemeines Krankenhaus umgewandelt (120—150 Betten: 80 für Erwachsene, 20 für Infektionskranke und mindestens 20 für Kinder).

Rixdorf. Eine **Kindervolksküche** ist vom Freiwilligen Erziehungsbeirat für die Jugend eingerichtet. Näheres durch die Geschäftsstelle, Berlinerstraße 49—50.

Leipzig. Nach einer Vorbesprechung bei der Naturforscherversammlung in Dresden hat sich am 8. Dezember 1907 unter dem Vorsitz von Geheimrat Soltmann in Leipzig eine **Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte** gebildet.

— Für die **Einführung biologischen Unterrichts in den Oberklassen der höheren Lehranstalten** hat sich der Verein für Schulgesundheitspflege und der Deutsche Verein für Volkshygiene in einer Eingabe an die Landstände ausgesprochen.

Dresden. Gestorben: Geh. Hofrat Dr. Unruh, dirig. Arzt am Kinderspital.

Lübeck. Die Vereine der Lehrer und Lehrerinnen, für Schulgesundheitspflege und das Rote Kreuz traten zusammen zur **Gründung von Waldschulen** in Angliederung an die bestehende Walderholungsstätte.

Schmalkalden. Die Stadtverordneten beschlossen einstimmig die **Anstellung eines Schularztes** für die städtischen Bürgerschulen. Für diesen Posten ist der Kreisarzt Dr. Werner vorgesehen.

Koburg. Um den nachteiligen Folgen des **längeren Sitzens bei Knaben und Mädchen** entgegenzuwirken und eine gute Körperhaltung zu fördern, hat die herzogliche Staatsregierung verfügt, daß in den Volksschulen ein täglicher Turnunterricht im Winter eingeführt werde. Eine bestimmte Gattung Freiübungen ist ausgesucht, die täglich auf die Dauer von 10 Minuten möglichst im Freien geturnt werden sollen. Zur Gewinnung von Erfahrungen soll sich zunächst aus jedem Konferenzbezirk je eine Schule mit dem Winterturnen beschäftigen, ein besonderer Lehrkurs soll die Lehrer für diese Neuerung vorbereiten.

Budapest. Priv.-Doz. Dr. v. Szontagh, Primararzt an der Kinderabteilung des St. Johannisspitals, ist zum Mitglied der Kgl. Leopoldinisch-Karolinischen Deutschen Akademie der Naturforscher in Halle a. S. ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. März 1908. Nr. 3.

I. Originalbeiträge.

Über eine familiäre Form von zerebraler Diplegie.

Von

Prof. **E. Hagenbach-Burckhardt** (Basel).

Wir hatten im Kinderspital zu Basel Gelegenheit, drei Fälle von spastischer Paraplegie in derselben Familie zu beobachten. Einer davon lag längere Zeit im Spital und wurde einer erfolgreichen Behandlung unterzogen; die beiden andern wurden zur Untersuchung wiederholt in die Poliklinik gebracht. Ich habe einen meiner Schüler, Herrn Scholem Jacobsohn, veranlaßt, diese drei Fälle zu beschreiben und dabei besonders die Ätiologie und den Symptomenkomplex zu berücksichtigen. Da die Arbeit als Dissertation gedruckt ist und in keiner Zeitschrift erscheint, so teile ich das Wissenswerte daraus hier in Kürze mit.

Die Anamnese ergibt folgendes:

Die Eltern der Kinder leben und sind gesund. 5 Kinder. Keine Blutsverwandtschaft. In der Familie der Eltern keine Nervenkrankheiten. Der Vater ist kein Potator; es besteht keine Lues. Das älteste Kind dieser Ehe, ein Mädchen von 5 Jahren, und das jüngste, ein Knabe von 8 Monaten, beide normal geboren, sind gesund. Das zweite und dritte Kind, Mädchen von $3^1/_2$ Jahren, kamen als Zwillingsgeburt zur Welt. Die Geburt war nicht frühzeitig und dauerte 12 Stunden. Die Kinder wogen 2500 g. Normale Schädellage.

Lina ist der zuerst geborene Zwilling. Ernährung mit Milch und Schleim. Stets gute Stühle. Zähne mit 6 Monaten. Sprechen erst mit 2 Jahren. Gehen auch mit $2^1/_2$ Jahren. Außer im zweiten Lebensjahre durchgemachten Masern Patientin stets gesund und kräftig; von den Patienten kann die Lina nur auf den Zehen gehen und mit Unterstützung, die zweite, Elise, kann sich zwar selbst auf den Zehen weiterbewegen, aber nur kurze Strecken, denn sie ermüdet bald und muß auch unterstützt werden. Die Steifigkeit der Beine wurde erst bei den Gehversuchen bemerkt; keine Ungeschicklichkeit in der Bewegung und dem Gebrauche der obern Extremitäten.

Das vierte Kind, Emil, ein Knabe von 2 Jahren, ist auch in normaler Lage zur Welt gekommen, nur dauerte die Geburt etwa 15 Stunden; die Wehen waren stärker als bei der vorigen Geburt. Das Kind wurde $^1/_4$ Jahr mit der Brust ernährt, mußte wegen Mastitis entwöhnt werden. Dann Ernährung mit Milch und Schleim. Zähne mit 6 Monaten; keine Krämpfe; niemals krank; stets gute Stühle. Das Kind ist noch nicht imstande zu gehen, macht auch keine Gehversuche. Sprechen mit $1^1/_2$ Jahr deutlich und artikuliert.

Fall I. Status praesens: Lina R., $3^1/_2$ Jahre alt. Gut genährtes Mädchen von normal entwickelter Muskulatur und mäßigem Panniculus adiposus.

Haut: bronze; keine Narben, keine Exantheme.

Intelligenz steht hinter dem normalen Grade, der diesem Alter entspricht, zurück.

Es versteht alles, was man mit ihm spricht, benennt die ihm gezeigten Gegenstände mit den entsprechenden Namen.

Als ich das Kind zum zweiten Male in seiner Wohnung aufsuchte, hat es mich sofort erkannt, weinte aber und wich ängstlich zurück wegen der schon einmal an ihm vorgenommenen Untersuchung.

Der Ausdruck des Gesichtes ist lebhaft, Augen nicht ohne Glanz, Mimik ausgiebig, keine Störung in der Fazialisinnervation. Die Sprache ist langsam, schleppend; die Worte werden nicht deutlich ausgesprochen; die Artikulation ist gestört. Kopf: keine abnorme Schädelform; Augen: Pupillen reagieren prompt auf Licht, kein Strabismus; Zähne: vollzählig, Milchgebiß; Hals: keine Lymphome, keine Tumoren; Thorax: gut gebaut, Rippenknorpel weich; Exkursion ausgiebig. Lungengrenzen: normal, gut verschieblich, auskultatorisch und perkussorisch normaler Befund. Herz: Spitzenstoß im V. Interkostalraum, deutlich fühlbar; Herzgrenzen normal; Herztöne rein; Herzaktion regelmäßig; Puls voll, leicht zu unterdrücken, sehr weich; Abdomen: nicht aufgetrieben, keine Tympanie; Leber und Milzdämpfung von normaler Größe; Magen: nicht erweitert, kein Plätschern; Stuhlgang in Ordnung, Appetit gut. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Die aktive und passive Beweglichkeit der Arme ist gut erhalten, kein Widerstand, keine abnormen Haltungen.

Die aktive Beweglichkeit der untern Extremitäten ist wenig ausgesprochen.

Die Beine werden im Hüftgelenk etwas gebeugt gehalten, ebenso im Kniegelenk. Die Oberschenkel sind zwar nicht aneinandergeschlossen, setzen aber beim Auseinanderspreitzen einen starken federnden Widerstand entgegen wegen der bestehenden Flektoren und Adduktoren.

Die Wadenmuskulatur ist ebenfalls kontrahiert, es besteht Pes equino-varus.

Patientin kann nur mit Unterstützung einige wenige Schritte machen; der Oberkörper wird steif und etwas nach vorn gebeugt gehalten. Während ein Fuß nach vorne gesetzt wird, ermöglicht eine entsprechende Bewegung des Rumpfes, durch welche das Becken nach der andern Seite und zugleich etwas nach vorn gedreht wird, das Vorschieben des Beines. Der Fuß wird nicht abgewickelt, sondern, die Spitze auf dem Boden schleifend, nach vorne gesetzt. Keine Muskelatrophie, normale elektrische Erregbarkeit. Sensibilität völlig erhalten. Blasen- und Mastdarmfunktionen normal. Hautreflexe normal. Patellarreflex beiderseits gesteigert; Fußklonus angedeutet, nicht immer auslösbar. Achillessehnenreflex lebhaft; Babinsky †. Die Gesichtsmuskeln werden symmetrisch innerviert.

Fall II. Elise R., $3^1/_2$ Jahre alt, zweites Zwillingskind.

Status praesens: Gut genährtes, mäßig muskulöses Kind mit reichlichem Fettpolster. Kopf: Andeutung eines Caput quadratum; Haut: o. B., keine Narben; keine Exantheme; Hals: keine Tumoren, keine Lymphome; Augen: Pupillen reagieren prompt; kein Strabismus. Rachitische Auftreibungen an den Gelenkenden; Zähne: gut, vollzählig, Milchgebiß; Rachen: o B.; Thorax: gut gewölbt, Exkursion ausgiebig; leichter Rosenkranz; Lungenbefund: Auskultation: leichte Bronchitis; Perkussion: o. B.; Herz: Grenzen normal; Töne rein; Spitzenstoß im V. Interkostalraum; Aktion regelmäßig; Puls normal. Abdomen: etwas aufgetrieben, leichte Tympanie. Magen, Leber, Milz nicht vergrößert. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Nervensystem: aktive Bewegungen des K. pfes und der oberen Extremitäten frei; bei passiven Bewegungen zeigen die oberen Extremitäten beim Extendieren deutlich spastischen Widerstand; es besteht eine latente Kontraktur.

Aktiv können die Beine gut bewegt werden.

Auf dem Rücken liegt Patientin mit in den Knien versteiften Beinen. Die Beine sind infolge der Adduktorenkontraktur fest aneinander geschlossen und zeigen beim Auseinanderspreitzen heftigen Widerstand. Infolge Spasmus der Wadenmuskulatur Pes equino-varus.

Patientin kann wenige Schritte ohne Unterstützung gehen. Beim Gehen wird der linke Fuß fast ganz auf den Boden gesetzt, während der rechte nur mit der Spitze auftritt. Der Oberkörper wird zur Erhaltung des Gleichgewichts zurückgelehnt, um die vermehrte Beugung des Beckens zu kompensieren. Das Aufstehen aus der sitzenden Stellung erfolgt ziemlich rasch.

Reflexe: Kniephänomen beiderseits erhöht; Fußklonus nicht immer auslösbar. Bizeps- und Trizepsreflexe auslösbar: Bauchdeckenreflex lebhaft. Sensibilität:

normal; Muskelatrophien, sowie Störungen der elektrischen Erregbarkeit fehlen; Blasen- und Mastdarmfunktionen normal.

Die Intelligenz dieses Kindes unterscheidet sich nicht wesentlich von der des obenerwähnten.

Die Sprache ist auch hier verlangsamt, undeutlich, wenig artikuliert.

Fall III. Emil, 2 Jahre alt. Gut aussehendes, mäßig muskulöses Kind von frischer Gesichtsfarbe; macht einen sehr lebhaften Eindruck; spricht gut und deutlich.

Status praesens: An der Haut, am Halse, an den Augen nichts Auffallendes.

Kopf: Schädel relativ groß, Scheitelbeine prominierend, die Stirn durch Vorsprung der Tubera frontalia verbreitert und prominierend. Die Pfeilnaht, Lambda- und Koronarnaht von sehr nachgiebigen Knochenrändern eingefaßt. Hinterkopf weich, leicht eindrückbar. Rachitis.

Thorax: Der transversale Durchmesser ist verkürzt, der sagittale vergrößert. Die Seitenpartie des Brustkorbes ist leicht eingesunken, die untere Partie über Leber, Milz und Magen vorgedrängt, die vordere Partie nach vorn getrieben (Pectus carinatum). Es besteht deutlicher Rosenkranz.

Extremitäten: Die langen Röhrenknochen sind an ihren untern Enden deutlich angeschwollen. Die Knochen der untern Extremitäten leicht gekrümmt. Abdomen: Der Leib ist trommelförmig aufgetrieben. Magen, Leber, Milz nicht vergrößert. Nervensystem: Die obern Extremitäten und Kopf aktiv gut beweglich; bei passiven Bewegungen zeigen die obern Extremitäten Andeutung einer latenten Kontraktur. Untere Extremitäten: keine Gehversuche, aktive Beweglichkeit gut. Leichte Flexion im Knie und Hüftgelenk. Kein bedeutender Spasmus der Adduktoren sowie der Wadenmuskeln. Pes equino-varus nicht deutlich. Rechts Patellarreflex lebhaft, links kleine Steigerung. Kein Babinsky, kein Fußklonus. Keine Bizeps- und Trizepsreflexe. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Muskelatrophie; Blasen- und Mastdarmfunktionen normal.

Die beiden ersten Fälle (Zwillinge) zeigten ein Gewicht weit unter der Norm: 2500 g. Es handelte sich um Kinder mit ungenügender körperlicher Entwicklung; für dieselben kann die Zwillingsgeburt als ätiologisches Moment geltend gemacht werden. Für das dritte Kind, bei dem der spastische Zustand weniger ausgesprochen und das psychische Verhalten normaler war, hat außer dem lange dauernden Verlauf der Geburt nichts auffälliges vorgelegen. Trotzdem habe ich den Verf. veranlaßt, seiner Arbeit den Titel zu geben: Über Littlesche Krankheit an Hand einer Erkrankungsgruppe bei drei Geschwistern. Sie reihen sich den in der Literatur der neueren Zeit nicht so seltenen Fällen an, wie auch aus der Zusammenstellung von Freud (Über familiäre Formen von zerebralen Diplegien) deutlich hervorgeht.

Aus der Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.

Beitrag zur Behandlung der Rachitis.

Von

Dr. med. A. Klautsch,

dirig. Arzt der Anstalt.

Über die Behandlung der Rachitis, jener weitverbreiteten chronischen Ernährungsstörung des frühen Kindesalters, ist schon sehr oft und viel geschrieben worden, und groß ist die Zahl derjenigen

Mittel und Methoden, welche bei ihrer Behandlung gute Dienste zu leisten imstande sein sollen. Dies ist auch nur zu leicht verständlich, da trotz der zahlreichen eingehenden anatomischen, experimentellen und chemischen Untersuchungen die Ätiologie und Pathogenese des rachitischen Prozesses immer noch in völliges Dunkel gehüllt ist.

Unter den zahlreichen gegen die Rachitis mit den wärmsten Worten empfohlenen Behandlungsmethoden hat namentlich die von Kassowitz auf Grund seiner sorgfältigen Studien über das Wesen der Rachitis inaugurierte Phosphortherapie trotz mancher Anfeindungen immer noch ihr Recht in der Therapie behauptet. Es ist eine bis auf den heutigen Tag feststehende Tatsache, daß die Wirkung des Phosphors auf den Verlauf des im Gesamtorganismus sich abspielenden rachitischen Prozesses, auf die Konsolidierung der erweichten Knochen, auf das ganze Allgemeinbefinden und den Ernährungszustand, die Beschaffenheit des Blutes und die Tätigkeit der blutbereitenden Organe eine auffallend günstige ist. Dieselbe äußert sich in der raschen, innerhalb weniger Wochen eintretenden Verknöcherung des erweichten Hinterhauptes, in der Involution der Fontanellen und der membranösen Nähte, in dem Zurückgehen der Epiphysenschwellungen, in dem Schwinden der nervösen Begleiterscheinungen, namentlich des Laryngospasmus und der Tetanie, in dem Wiedereintreten der unterbrochenen Zahnung. Dasselbe ist auch bei der Thoraxrachitis und der Rachitis der Extremitäten der Fall, wo besonders die gestörte Stütz- und lokomotorische Funktion auf das günstigste beeinflußt werden. Diese günstige Heilwirkung des Phosphors wird auch unter ungünstigen hygienischen Einflüssen beobachtet (Unger, Lehrbuch).

Da jedoch der Phosphor, in anorganischer Form verabreicht, oftmals auch entschieden störende, mit Rücksicht auf seinen hohen therapeutischen Wert höchst bedauerliche Nebenwirkungen entfaltet und vor allen Dingen ein ziemlich differentes Arzneimittel ist, so lag es sehr nahe, daß die chemische Industrie sich bemühte, um diese dem anorgischen Phosphor anhaftenden Mängel zu beseitigen, andere Phosphorpräparate namentlich organischer Provenienz herzustellen, welche die gleiche Wirksamkeit entfalten, dabei aber frei von dessen üblen Nebenwirkungen sein sollten.

Aus der nicht gerade geringen Anzahl derartiger phosphorhaltiger Präparate verdient besonders hervorgehoben zu werden ein „Nukleogen" benanntes Präparat. Dasselbe enthält nämlich neben Phosphor einmal Eisen, welches die bei den Anämien herabgesetzte Hämoglobinmenge zu steigern vermag, und ferner Arsen, welches auf die Tätigkeit des hämatopoetischen Apparates eine anregende Wirkung ausübt. Das Nukleogen ist ein nukleinsaures Eisen mit einem Gehalt von ca. 9% Phosphor und 15% Eisen in organischer Bindung; Arsen ist bis zu 5% in das nukleinsaure Molekül eingeführt. Die zuerst von Miescher entdeckten und später von Kossel und Schmiedeberg genauer untersuchten Nukleinsäuren haben gerade durch ihren Gehalt an organisch gebundenem Phosphor (9%) eine hervorragende Bedeutung für die Phosphortherapie gewonnen, und nach Bunges eingehenden Untersuchungen ist das eisenhaltige Nuklein als eine Vorstufe des Hämoglobins auf-

zufassen. Es lag nun die Annahme nahe, daß eine Kombination von Phosphor, Eisen und Arsen, deren roborierende Wirkung hinlänglich bekannt und erwiesen ist, in organischer Bindung, d. h. in einer Form, die für die spezifische Wirksamkeit von der allergrößten Bedeutung ist, ein außerordentlich wirksames Medikament ergeben würde. Und in der Tat haben mit dem Nukleogen angestellte praktische Versuche die Bestätigung für die Richtigkeit dieser Annahme erbracht.

So konnte Arneth (Deutsche med. Wochenschr. 1906. Nr. 17) über besonders gute Resultate von dem Nukleogen bei Chlorose berichten; namentlich betont derselbe, daß das Präparat selbst von sehr empfindlichen Magen vertragen wurde. Auch die von Weissmann (Deutsche Ärzte-Zeitung. 1907. Heft 2) bei 19 Fällen angestellten Versuche zeigten ein Ansteigen des Hämoglobingehaltes des Blutes schon nach wenigen Wochen um ein ganz beträchtliches, durchschnittlich um 20 % einerseits und einen unverkennbar günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden, namentlich auf Appetit und Kräftezustand andererseits. Gleich günstige Resultate hinsichtlich der Steigerung des Hämoglobingehaltes und einer Kräftigung und Besserung des Befindens berichtet auch Dammann (Deutsche Medizinalzeitung. 1907. Nr. 71), welcher das Präparat in seiner Wirkung bei 39 Kranken beobachten konnte. Das Ergebnis seiner bei 15 Fällen mit dem Nukleogen angestellten Versuche faßt Schütte (Fortschritte der Medizin. 1907. Heft 20) in folgende Sätze zusammen. Das Nukleogen ist nicht nur ein blutbildendes Präparat, welches den Hämoglobingehalt des Blutes zu erhöhen und die Zahl der roten Blutkörperchen zu vermehren imstande ist, sondern füllt auch als Nähr- und Kräftigungsmittel voll und ganz seinen Platz aus, indem es durch die Erzeugung eines gesunden, vollwertigen Blutes den Stoffwechsel und die ganze organische Ernährung fördern hilft, fettbildende Eigenschaften besitzt und die Bildung und das Wachstum der Knochen unterstützt. Dazu kommt noch eine appetitanregende und verdauungsbefördernde Wirkung, die dem Nukleogen eigen ist und zur Hebung des Gesamtkräftezustandes wesentlich mit beiträgt. Sehr exakte Stoffwechseluntersuchungen, die von dem Chemiker der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Uchtspringe Dr. Fischer (Therapie der Gegenwart. 1907. Nr. 11) angestellt wurden, stellten an der Hand von Kontrollversuchen den sehr günstigen Einfluß des Nukleogens auf Ausscheidung und Umsatz fest. Ebenso ergaben vor und nach der Behandlung angestellte Blutuntersuchungen eine manchmal ganz enorme Vermehrung der roten Blutkörperchen, sowie Steigerung des Hämoglobin- und Eisengehaltes. Hand in Hand damit ging die Besserung des Allgemeinbefindens. Das Körpergewicht hob sich, das Benehmen der Patienten wurde munterer und lebhafter.

Diese übereinstimmend günstig lautenden Urteile über das Nukleogen veranlaßten mich, dasselbe auch im Kindesalter zu versuchen. Gerade der von allen bisherigen Autoren gerühmte günstige Einfluß auf die Blutverbesserung legte mir den Gedanken nahe, es auf seine Brauchbarkeit und Wirksamkeit namentlich bei der Behandlung der Rachitis zu prüfen. Denn eine der häufigsten und in klinischer wie therapeutischer Beziehung wichtigsten Komplikationen jedes nur einigermaßen ausgesprochenen Falles von Rachitis ist die Anämie, welche

nach den Untersuchungen besonders Rehns auf einer Leukozytose und einer Verarmung an roten Blutkörperchen bei einer gleichzeitigen Abnahme des Blutfarbstoffes, des Hämoglobins beruht. Gerade bei der Behandlung dieser Komplikation, der rachitischen Anämie müssen wir einmal an eine Verbesserung des Blutes in quantitativer und qualitativer Beziehung und gleichzeitig an eine günstige Beeinflussung des Knochenprozesses denken und dementsprechend therapeutische Maßnahmen in Anwendung bringen, die neben der indizierten Regelung der Diät und der sorgsamsten Pflege diese Wirkung auszuüben imstande sind. Wir müssen es ja leider nur allzu häufig erfahren, daß die auf rachitischer Grundlage beruhende Anämie durch eine rein diätetische Therapie allein, durch Ernährung mit eisenreichen Gemüsen, Früchten und Fruchtsäften nur sehr wenig beeinflußt wird. Es muß dabei entschieden auch eine medikamentöse Behandlung Platz greifen, die die Blutbildung speziell anzuregen oder zu steigern geeignet ist.

Es waren im ganzen 8 Kinder im Alter von 8 Monaten bis zu 3 Jahren, von denen namentlich 5 das Bild einer ausgesprochen anämischen Form der Rachitis darboten, welche ich im hiesigen St. Elisabeth-Kinderheim einer mehrmonatlichen Behandlung mit Nukleogen unterziehen konnte. Daß daneben allerdings auch die allgemeinen hygienisch-diätetischen Maßnahmen nicht vernachlässigt wurden, sei beiläufig bemerkt. Es sei mir gestattet, der Kürze halber von einer ausführlicheren Wiedergabe der einzelnen Krankengeschichten an dieser Stelle Abstand zu nehmen und nur das Resultat meiner Versuche im großen und ganzen zu schildern. Bei den sämtlichen Kindern stand das Körpergewicht weit hinter dem Durchschnittsgewicht zurück, dementsprechend war auch ihr allgemeiner Ernährungszustand ein ungemein dürftiger, die Haut, des Fettpolsters entbehrend, war welk, faltig und ungemein blaß, die Muskulatur weich und sehr dürftig entwickelt, die Festigkeit der Knochen eine sehr mangelhafte, so daß sich die Kleinen nicht oder nur schwer aufrecht halten konnten. An den Epiphysen der Hand- und Fußgelenke bestanden mehr oder weniger starke Verdickungen, ebenso an den Rippen (rachitischer Rosenkranz); die Fontanellen waren noch weit offen; das ganze Wesen der Kinder war ein höchst unfreundliches, weinerliches, abstoßendes und der Appetit nur wenig entwickelt.

In sämtlichen Fällen konnte ich nun sehr bald die Wahrnehmung machen, daß sich unter dem Gebrauch des Nukleogens eine deutliche Wandlung zum Besseren einstellte. Zuerst machte sich ein auffallend günstiger Einfluß auf den Appetit, die Eßlust der Kinder, bemerkbar in verhältnismäßig kurzer Zeit, schon am Ende der ersten Woche. Die infolgedessen gesteigerte Nahrungsaufnahme trug natürlich erheblich dazu bei, daß die Kinder sehr bald zufriedenstellendere Ernährungsverhältnisse als zuvor erkennen ließen und an Körpergewicht in erfreulicher Weise zunahmen. So konnten wir wöchentliche Zunahmen von 250—300 g häufig verzeichnen. Die Muskulatur wurde fester, das Fettpolster reichlicher, die Haut straffer und die Körperformen überhaupt voller und runder. Gleichzeitig damit hob sich die mangelhafte Blutbeschaffenheit, wie wiederholte Prüfungen des Blutes mit der Hämoglobinskala von Talquist in unzweideutiger Weise er-

kennen ließen. Durchschnittliche Zunahmen des Hämoglobingehaltes um 10% innerhalb 8 Tagen waren oftmals zu konstatieren. Die Kinder gewannen ein bedeutend besseres, vor allen Dingen frischeres und gesünderes Aussehen. Mit der kräftigeren und besseren Entwicklung und Ernährung des Körpers war aber auch ein allmählicheres Zurückgehen der sichtbaren rachitischen Erscheinungen und der Knochenveränderungen unverkennbar. Die Auftreibungen an den Gelenkenden bildeten sich mehr und mehr zurück, die Kopfknochennähte konsolidierten sich, die Fontanellen wurden enger, überhaupt das ganze Skelett entschieden fester. Die Kinder fingen sehr bald an, schon in der dritten und vierten Behandlungswoche, sich in ihren Betten aufzurichten, sich auf die Füße zu stellen und in der Folge auch Gehversuche zu unternehmen. Der Schlaf wurde ruhiger, anhaltender und tiefer und die lästigen Kopfschweiße verloren sich. Das ganze Benehmen der Kinder und ihr Verhalten wurde ein freundlicheres, freudigeres und heiteres als vordem.

Das Ergebnis meiner allerdings nur bei einer bescheidenen Anzahl von Kindern angestellten Versuche über die Wirksamkeit des Nukleogens im Kindesalter ist als durchaus befriedigend zu bezeichnen und steht völlig im Einklang mit den anderorts gemachten Erfahrungen bei Erwachsenen. Daß natürlich unter dem Einfluß des Präparates die einmal gesetzten Skelettveränderungen, die rachitischen Verkrümmungen ebensowenig rückgängig werden würden wie unter dem Gebrauch des alten Phosphorlebertranes, davon war ich von Anfang an überzeugt. Vor dem Phosphorlebertran hat aber das Nukleogen den entschiedenen und gerade für die Kinderpraxis besonders ins Gewicht fallenden Vorzug, daß seine Einverleibung auf keine Schwierigkeiten stößt und bedeutend besser und bequemer ist als die des widerlich riechenden und schlecht schmeckenden Öles. Der Bequemlichkeit halber habe ich in meinen Fällen von einer subkutanen Einverleibung abgesehen und die Tabletten verwendet, von denen ich täglich 3 Stück in feingepulvertem Zustande der Milch zusetzen ließ.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Elsbeth Krukenberg, Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. 1908. Nr. 1.)

1. Die Ausbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingspflege ist zurzeit unzureichend.

2. Um sie zu vertiefen, müßten

a) die Wöchnerinnen mit Kindern längere Zeit in den Lehranstalten bleiben können;

b) die Hebammen auch in Säuglingsasylen, besonders auch in der Pflege erkrankter Säuglinge, ausgebildet werden;

c) Wiederholungs- und Fortbildungskurse auch für diesen Zweig der Hebammentätigkeit eingeführt werden.

3. Erweiterung des Arbeitsfeldes der Hebammen in der Richtung der Säuglingspflege läßt sich nur fordern, wenn,

a) die Auswahl der Hebammenschülerinnen nach immer strengeren Gesichtspunkten vor sich geht (nicht nur ausreichende Schulbildung, sondern Charaktertüchtigkeit, Bildungsfähigkeit und Neigung zum Berufe müssen gefordert werden);

b) für Sicherung der pekuniären Lage der Hebammen gesorgt wird. (Anstellung von Bezirkshebammen mit einheitlich zu regelndem auskömmlichem Gehalt und ausreichend zu bemesssender Pension; Erstattung der Unkosten und Entschädigung für ausfallende Einnahmen während der obligatorisch zu gestaltenden Fortbildungskurse);

c) der Hebammenstand auch in sozialer Beziehung seiner Bedeutung entsprechend bewertet wird.

4. Für Hebung des Hebammenstandes kommen drei Faktoren in Betracht:

a) Die Behörden, die den Hebammen nicht nur neue Verpflichtungen auflegen dürfen, sondern auch für die Durchführbarkeit ihrer Forderungen Sorge tragen müssen;

b) die Hebammen selbst, die in ihren Vereinen nicht nur für Förderung ihrer wirtschaftlichen und Berufsinteressen, sondern insbesondere auch für strengen Ausschluß aller ihren Stand schädigenden Elemente eintreten müssen;

c) die Frauenvereine (Vaterländischer Frauenverein, Rotes Kreuz, Frauenbewegungsvereine), die gegenüber der herrschenden Prüderie und dem den Hebammenstand herabsetzenden gesellschaftlichen Vorurteile einer gerechteren Einschätzung dieses Standes auch in sozialer Beziehung den Weg bahnen müssen.

5. Ausbildung in der Säuglingspflege würde die große Bedeutung des Hebammenstandes für Gesundheit und Wehrkraft unseres Volkes allen maßgebenden Faktoren zu erhöhtem Bewußtsein bringen und daher auf Hebung des Standes in bezug auf wirtschaftliche und soziale Bewertung gute Wirkung ausüben. Grätzer.

Gustav Drehmann, Beiträge zur Lehre der Coxa valga. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 431.) D. weist auf das Vorkommen der Coxa valga bei der angeborenen Hüftluxation hin. Er nimmt an, daß der Femur in einem sehr frühen Stadium des embryonalen Lebens an der zur Entwicklung notwendigen Verminderung der extremen Abduktionsstellung durch irgend eine Ursache gehindert wird, so kommt es zur verzögerten Differenzierung des Schenkelhalses, und so bleibt die ursprüngliche Coxa valga länger bestehen. Diese letztere führt bei der weiteren Entwicklung zur Abhebung des oberen Femurendes aus der Pfanne. Es besteht somit kein inniger Kontakt mit der Pfanne, welche deshalb in der Entwicklung zurückbleibt. Der Kopf verläßt die Pfanne ebenso wie bei der Coxa vara über den unteren Pfannenrand, bei der Coxa valga über den oberen Rand. Diese Erklärung für den Entstehungsmechanismus der angeborenen Hüftverrenkung scheint D. von allen bisher aufgestellten

die einfachste zu sein und allen Einwänden gerecht zu werden. Daß die Abduktionsstellung im frühen fötalen Leben z. B. durch einen stärkeren, im frühesten Embryonalleben sowieso physiologisch vorkommenden Bauchbruch bedingt werden kann, ist ohne weiteres verständlich, besonders da später bei Trägern der angeborenen Luxation Rektusdiastase und Erweiterung der unteren Thoraxapertur öfters beobachtet wurde.

Bei der Rachitis tritt die Coxa valga gewissermaßen zur Kompensation stärkerer Varusdeformitäten des Femurschaftes auf.

Joachimsthal (Berlin).

Alfred Saxl, Das Verhältnis des Trochanters zur Roser-Nélatonschen Linie. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 442.) Nach S. muß die Messung des Trochanterstandes in bezug auf die Roser-Nélatonsche Linie, soweit es möglich ist, in der Weise vorgenommen werden, daß der Oberschenkel rechtwinklig zu dieser Linie, also nicht in absolut rechtwinkliger Beugung eingestellt wird, und zwar ohne Ab- und Adduktion, ohne Innen- und Außenrotation. Unter normalen Verhältnissen fällt bei der genannten Einstellung die obere Trochanterwand mit der Roser-Nélatonschen Linie in der Regel zusammen. Es gibt auch Fälle mit normalem Schenkelhalsneigungs- und Richtungswinkel, bei denen ein mäßiger Trochanterhochstand vorhanden ist, und zwar findet sich dieses Vorkommnis bei verhältnismäßiger Kürze des Schenkelhalses oder mäßiger Entwicklung des Trochanter major, insbesondere noch der Höhendimension oder einer Kombination beider Faktoren.

Joachimsthal (Berlin).

J. v. Bókay, Der Wert der systematischen Lumbalpunktion in der Behandlung der Cerebrospinalmeningitis. (Aus dem Stephanie-Kinderspital in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 47.) Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Quinckesche Lumbalpunktion besitzt bei der Cerebrospinalmeningitis entschieden kurativen Effekt, und dieser Heileffekt äußert sich nicht bloß darin, daß wir den inneren Hirndruck auf mechanischem Wege durch Ableitung des Liquor cerebrospinalis verringern, sondern findet seine Erklärung auch darin, daß pathogene Bakterien in größerer Anzahl abgehen und der Körper von toxischen Substanzen befreit wird.

2. Bei schwereren Fällen ist es notwendig, daß die Lumbalpunktion in kurzen Zwischenräumen von 1—2—3 Tagen öfter wiederholt werde. Indikation für die Wiederholung der Punktion ergibt eine neuerliche Steigerung in der Intensität der Krankheitssymptome, bzw. die Beständigkeit der schweren Symptome, bei Kindern unter einem Jahre ergibt die neuerlich gesteigerte Hervorwölbung der Fontanelle die Indikation für die erneute Punktion.

3 Die bei den einzelnen Punktionen entleerte Flüssigkeitsmenge soll bei Kindern 30 ccm nicht überschreiten. Bei meinen geheilten Fällen schwankte die Gesamtmenge der entleerten Cerebrospinalflüssigkeit zwischen 165 und 350 ccm.

4. In allen jenen Fällen, bei welchen die Punktion nur spärlich Flüssigkeit ergibt, oder aber die wenige entleerte Flüssigkeit dickflüssig und ausgesprochen eitrig ist, fragt es sich, ob von weiteren systematischen Punktionen überhaupt ein Resultat zu erwarten sei.

Grätzer.

F. Lewandowsky, Zur Pathogenese und Therapie der multiplen Abszesse im Säuglingsalter. (Aus der Dermatolog. Univers.-Klinik in Bern.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 47.) Die multiplen Abszesse der Säuglinge entstehen nach L. durch das Eindringen von Staphylokokken in die Schweißdrüsenausführungsgänge. An deren peripherischer Öffnung (Porus) bilden sich kleine, eigenartige Pusteln (Periporitiden), welche als solche heilen oder zur Abszeßbildung führen können. Auf dieser Pathogenese beruht das bisher erfolgreiche therapeutische Vorgehen: Schwitzprozeduren und unmittelbar danach Sublimatbäder.

L. verfährt folgendermaßen: Die Kinder erhalten eine reichliche Quantität warmer Milch, dann werden sie in wollene Tücher eingepackt und zu ihnen ins Bett Wärmflaschen oder in Tücher gewickelte, mit heißem Wasser gefüllte Krüge gelegt. Wenn reichliche Schweißsekretion eingetreten ist, meist nach etwa einer halben Stunde, kommen die Kinder in ein warmes Sublimatbad (1 : 10000). Darin bleiben sie 10—15 Minuten; im Bade werden durch leichtes Reiben mit Gaze die mazerierten Pusteldecken entfernt und so die Pusteln eröffnet. Nach dem Bade bekommen die Kleinen reine Wäsche und Tücher. Größere Abszesse müssen natürlich eröffnet werden — unter sorgfältigem Schutz der umgebenden Haut. Auf dem behaarten Kopfe, wo sich die Affektion am längsten hält, kann man die Behandlung durch feuchte Verbände mit Sublimatlösung (1 : 5000) unterstützen. Grätzer.

M. Cohn, Kalk, Phosphor und Stickstoff im Kindergehirn. (Aus dem Physiolog. Institut in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 48.) C. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Gehirnwachstum jenseits des ersten Lebensjahres vollzieht sich mehr durch Ansatz stickstofffreier als durch Zunahme N-haltiger Substanzen. 2. Auch der Gesamtphosphor im Kindergehirn erfährt während des Wachstums eine geringe relative Abnahme; hingegen steigt der Extraktivphosphor im Laufe der ersten Lebensjahre noch etwas an. 3. Der Kalk nimmt im Laufe der Hirnentwicklung und des Hirnwachstums ganz beträchtlich ab, am meisten in der letzten Fötalzeit und der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres. Es hängt das mit der stärkeren Entwicklung des kalkarmen Hirnmarks zusammen. 4. Zwei Gehirne von tetaniekranken, im Stimmritzenkrampfanfall gestorbenen Säuglingen zeigten eine geringe Zunahme des H_2O-gehalts, normalen N-gehalt, eine leichte Erhöhung des P-gehalts, speziell des Gehalts an P-haltigen Extraktivstoffen und normale Ca-werte. 5. Die Lehre, daß der Kindertetanie eine Anomalie des Kalkstoffwechsels zugrunde liege, ist bisher unerwiesen. Grätzer.

Streitz, Ein Fall von Pneumokokkenperitonitis. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Greifswald.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 48.) Der ein 4jähriges Kind betreffende Fall ent-

sprach in seinem Krankheitsbilde durchaus dem von Stooss geschilderten. Das Kind starb unter den Erscheinungen von Herzschwäche mit Symptomen einer allgemeinen Peritonitis. Es handelte sich um eine alte Pleuropneumonie mit anschließendem subphrenischen Abszeß, von dem aus sich die Peritonitis entwickelte, die durch akuten Nachschub den Tod herbeiführte. Es war später eine Mischinfektion mit Strepto- und Staphylokokken eingetreten, die die Pneumokokken überwucherten.

Grätzer.

Wohlberg, Über Versuche mit dem Antituberkuloseserum Marmorek. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 46.) W. hat im Seehospiz Kaiserin Friedrich schwere Fälle von Skrofulose und Drüsentuberkulose bei Kindern mit dem Serum behandelt (4 Serien à 21 Spritzen zu 10 ccm) und sehr befriedigende Resultate erlangt. Es handelte sich um Fälle von ulzeröser Keratitis, zum Teil verbunden mit aufgebrochenen Drüsen am Halse, Ekzem und Borkenbildung der Nase. Hier trat bei den Kindern, die bis dahin gar keine Besserung gezeigt hatten, trotz monatelanger Behandlung mit Seebädern, Schmierseife und dgl. in kurzer Zeit rapide Besserung und Heilung ein.

Grätzer.

Paula Philippson, Über die Beeinflussung der elektrischen Erregbarkeit bei tetaniekranken Kindern durch den galvanischen Strom. (Aus der Breslauer Univers.-Kinderklinik.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 47.) Bei allen zur Untersuchung gelangten, an Tetanie erkrankten Säuglingen ergab sich eine deutliche lokale Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit nach 8—10 Minuten dauernder Galvanisation. Dieser herabsetzenden Wirkung des Stromes scheint eine kurz andauernde Phase der Steigerung der Erregbarkeit mit damit verbundener Entartungsform der Kathodenzuckungen voranzugehen.

Es ist durch diese Untersuchungen zum erstenmal beim Menschen eine zahlenmäßig feststellbare Einwirkung des galvanischen Stromes auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven nachgewiesen.

Grätzer.

H. Bab, Beitrag zur Bakteriologie der kongenitalen Syphilis. (Aus der Univers.-Frauenklinik der kgl. Charité zu Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 46.) B. bringt einige, in bezug auf die Bakteriologie der kongenitalen Lues bemerkenswerte Fälle zur Sprache. Bei dem einen sprach der Befund außerordentlich für die spezifisch ätiologische Bedeutung der Pallida bei der kongenitalen Syphilis. Bei dem Kinde, das $5^1/_2$ Wochen lebte und dessen Krankheitssymptome erst 4 Wochen nach der Geburt deutlich zutage traten, konnte nicht von Einflüssen einer Mazeration oder dgl. die Rede sein, und es war durchaus charakteristisch, daß sich bei diesem sicher als luetisch erkannten Fällen als einziger Mikroorganismus die Spirochäte fand, und zwar auch gerade im Bezirk der pathognomonisch veränderten Knochenknorpelgrenze. In einem anderen Falle entdeckte man auffällig zahlreiche Spirochäten im Innern des Ovariums.

Grätzer.

Hilgermann (Koblenz), Zur Kasuistik der Pseudodysenterie. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 46.) H. beobachtete die Affektion bei 5 Geschwistern. Als Erreger entdeckte man den Pararuhrbazillus (Y-Bazillus nach Hiß und Russel). 1 Fall endete tödlich, die anderen gingen in Heilung über. Grätzer.

Riedel, Über Blinddarmentzündung der Kinder. (Aus der chirurg. Klinik zu Jena.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 48.) Statt 2,9% bei Erwachsenen hatte R. 13% Tote bei Kindern unter 15 Jahren in den letzten 21 Monaten, eine ganz entsetzliche Ziffer, wenn man bedenkt, daß diese Kinder fast sämtlich durch die rechtzeitige Operation hätten gerettet werden können.

Als Gründe für diese traurige Erscheinung zählt R. auf:

1. Die Eltern sind unachtsam oder im Gegenteil zu zärtlich, sie wollen ihr geliebtes Kind nicht dem Messer übergeben.

2. Die Diagnose ist bei Kindern schwerer zu stellen, als bei Erwachsenen.

3. Die Appendizitis der Kinder ist aus pathologisch-anatomischen Ursachen überhaupt viel gefährlicher, als die Appendizitis der Erwachsenen.

4. Ganz kleine Kinder sind außerordentlich empfindlich gegen Infektion vom Wurmfortsatze aus.

R. geht auf die einzelnen Punkte näher ein und warnt Eltern und Ärzte dringend vor Hinschleppung solcher Fälle. Den Ärzten ruft er am Schlusse seiner Ausführungen zu:

„Möchten doch die Ärzte in erster Linie immer bedenken, welch namenloses Unheil sie anrichten, wenn sie bei der akut einsetzenden Appendizitis abwarten; der einmal gemachte Fehler läßt sich oft genug nicht wieder gut machen; man soll und darf nicht va banque spielen mit dem Leben des Kranken, um auszuprobieren, ob Heilung wohl auch ohne Operation glückt. Auf der einen Seite steht eine fast absolut ungefährliche Operation, auf der anderen Qual und Elend, oft genug der Tod. In keinem Falle können wir mit Sicherheit sagen, ob der Kranke ohne Operation ausheilen wird oder nicht; an die Stelle der Unsicherheit setze man die Sicherheit, nur mit dieser ist dem Kranken gedient. Es schadet nicht, wenn gelegentlich ein Kind mit Oxyuren oder anderen harmlosen Fremdkörpern operiert wird oder wenn sich bei der Operation herausstellt, daß lediglich Typhlitis vorliegt, d. h. also entweder wirkliche Infiltration des Cöcum oder Adhäsionen auf demselben, bei intakter Appendix, wer alle retten will — und das ist doch unser Ziel — wird gelegentlich einen diagnostischen Fehler machen, aber dieser Fehler bringt weiter keinen Nachteil, als daß das Kind 2—3 Wochen im Bette liegt, während das Abwarten, das Ausprobieren zahllose Kinder in schwerste Lebensgefahr bzw. ins Grab bringt. Was beim Erwachsenen hier und an anderen Orten erreicht ist (2,9% Mortalität), das muß auch bei Kindern erreicht werden, und bald müssen wir noch mehr erzielen, nur noch die begraben, die ganz ohne Vorboten Perforation der Appendix bekommen, und das sind kaum 1% der Fälle.“ Grätzer.

E. Neter, Zur Frage der Enuresis nocturna im Kindesalter. (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 39.) N. beschreibt einen Fall, welcher zeigt, daß die Enuresis auch von der Art der Ernährung abhängig sein kann. Es handelte sich um einen 4jährigen Knaben, der viel Fleisch bekommen hatte. Alles Fleisch, sowie Fleischbrühe wurden verboten, und sofort hörte das Bettnässen auf. Als Patient 14 Tage später wieder Fleischbrühe erhielt, begann auch die Enuresis wieder, um nach Änderung der Diät prompt zu verschwinden. Es trat dann völlige Heilung ein. Grätzer.

O. Aronade, Die kutane Tuberkulinreaktion v. Pirquets als Mittel zur Erkennung der Tuberkulose im Kindesalter. (Aus dem städt. Krankenhause in Wiesbaden.) (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 51.) A. teilt seine eigenen Erfahrungen mit und schließt:

„Fassen wir die bisherigen Ergebnisse mit den unserigen zusammen, so müssen wir sagen, daß wir die kutane Reaktion als spezifische ansehen müssen. Das beweisen die Sektionsresultate v. Pirquets, der bis auf den einen erwähnten Fall bei allen zur Sektion gekommenen Kindern hochgradige tuberkulöse Veränderungen fand und bei denen vermißte, wo die Reaktion negativ verlaufen war, das beweisen auch die Fälle, bei denen intra vitam die mikroskopische Untersuchung erkrankter Gewebsstücke die Ätiologie sichergestellt, das bestätigt die positive Reaktion bei Skrofulose und Pleuritis, die ja erfahrungsgemäß meistens tuberkulösen Ursprungs ist.

Daß sie bei der tuberkulösen Meningitis und bei Miliartuberkulose versagt, ist praktisch ohne Bedeutung und theoretisch genügend erklärt. Das ist ja ein Punkt, bei dem sie sich der subkutanen Injektion gleich verhält. Es spricht ferner für ihre Spezifität, daß die subkutane Infektion bei den positiv reagierenden Kindern gleichsinnig verläuft.

Aber die mit dem Alter der Kinder zunehmende Häufigkeit der positiven Reaktion muß andererseits ihre praktische Bedeutung abschwächen, wenn es nicht gelingen sollte, hier durch feinere Abstufungen und aus dem Verlaufe der Reaktion weitere klinische Schlüsse zu ziehen. Daß z. B. bei Skrofulose und Knochentuberkulose die Reaktion außerordentlich stark ist, und manchmal noch weitere Veränderungen nach sich zieht, läßt sich nicht bezweifeln.

Für das frühe Kindesalter bedeutet die kutane Impfung einen ungefährlichen, bequemen und zuverlässigen Ersatz der subkutanen Tuberkulininjektion.

Dem Arzte, der längere Zeit die Entwicklung eines Kindes beobachten kann, als Hausarzt, ärztlicher Berater in Krippen, Kinderbewahranstalten und ähnlichen Einrichtungen, bringt die kutane Impfung mehr. Er wird imstande sein, durch von Zeit zu Zeit wiederholte Impfungen das erste Auftreten der tuberkulösen Erkrankung festzustellen. Wie oft bereitet eine Masern-, Scharlach- oder Keuchhusteninfektion den Boden für die Tuberkulose vor! Und wie wir durch die verbesserte Diagnostik beginnender Spitzenaffektionen bei Erwachsenen jetzt oft in der Lage sind, reichtzeitig therapeutisch einzugreifen und zu einem befriedigenden Heilresultate zu gelangen,

so wird es uns vielleicht möglich sein, durch Verbesserung der hygienischen und diätetischen Verhältnisse dem jungen Kinde die Widerstandskraft zu verleihen, mit der es der beginnenden Erkrankung, auf die uns die positive Impfreaktion rechtzeitig hinweist, Herr werden kann; wir werden auch als tuberkulös erkannte Kinder isolieren und damit in größeren Gemeinschaften die Erkrankung auf ihren Herd beschränken können.“ Grätzer.

J. Hoppe, Die Verwendung des Nukleogens bei nervenkranken Kindern. (Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.) (Die Therapie der Gegenwart. November 1907.) Nukleogen enthält an Nukleinsäure gebunden 15 % Eisen, 9 % P, 5 % Arsen. Es wird in Tabletten (3—6 täglich) verordnet, die größeren Kindern und Erwachsenen anstandslos genommen werden, kleineren Kindern aber, in Milch verrieben, ohne Schwierigkeiten beigebracht werden können. Um festzustellen, in welcher Weise das Nukleogen aufgenommen wird und die Aufnahme der anderen Nahrung beeinflußt, wurde zunächst einigen epileptischen Kindern, die zugleich rachitisch waren, die bisherige Nahrung (Milch) weiter gegeben und Ausscheidung und Umsatz festgestellt. Es wurde trotz der (durch Nukleogen) vermehrten Eiweiß- und Phosphorzufuhr bedeutend weniger Eiweiß und Phosphor (und auch Ca) ausgeschieden als vorher. Bei weitem nicht so günstig wie die Eiweiß-, P- und Ca-Aufnahme war indes die Resorption der im Nukleogen vorhandenen Eisenmengen. Der Umstand nun, daß das Eisen des Nukleogens vom Darm nur in relativ geringem Grade aufgenommen und die Aufnahme auch noch durch häutige Darmstörungen und Erbrechen beeinträchtigt wird, legt den Wunsch nahe, es noch auf andere Weise in den Körper zu bringen. Es wurde auf der Kinderabteilung mit der subkutanen Verabreichung des Nukleogens begonnen. Stark anämischen, bzw. chlorotischen Kindern wurde jeden zweiten Tag die Hälfte einer Phiole intramuskulär eingespritzt. Die Kinder ließen sich die Injektionen ohne weiteres gefallen, insbesondere wenn ihnen gesagt wurde, daß sie davon voraussichtlich rote Backen bekämen. Die Temperatur stieg bei den ersten Injektionen bei einigen Kindern auf 37,5—37,7°, die späteren Injektionen verliefen vollständig reaktionslos. Bei einem — anscheinend mit hereditärer Lues belasteten — außerordentlich anämischen Kinde verursachten die Einspritzungen erheblichere Temperatursteigerungen 38,4—38,7°. Nachdem die Injektionen 1½ Woche fortgesetzt wurden, verliefen die darauffolgenden sämtlich reaktionslos. Gerade bei diesem, gegenüber den Injektionen so empfindlichen, Kinde war der therapeutische Erfolg ein sehr erfreulicher. Es scheinen die Nukleogeninjektionen hauptsächlich anregend und reizend auf die Bildungsstätte der roten Blutkörperchen einzuwirken. Überraschend war im vorliegenden Fall auch die Besserung des Allgemeinbefindens, die sehr an die schönen Erfolge einer Thyreoidinkur erinnerte. Das Körpergewicht hob sich, das ganze Benehmen wurde munterer und lebhafter, der Appetit besserte sich in auffälliger Weise, sogar die vordem ganz ausgefallenen Haare fingen wieder an zu sprossen, und das Kind, das früher von den Gespielen kaum beachtet war, wurde infolge des raschen Aufblühens in kurzer Zeit die Freude und der

Liebling der ganzen Station. Auch bei einigen chlorotischen Knaben, bei denen gleichzeitig mit dem Beginn der Nukleogeninjektionen Blutuntersuchungen vorgenommen wurden, war der Erfolg ein sichtlicher. Der Eisengehalt stieg in 3 Wochen in dem einen Fall von 0,353 auf 0,407, in einem anderen Fall von 0,433 gar auf 0,80!

Bereits im Jahre 1899 wurde von Alt betont, daß zu erfolgreichen Thyreoidinkuren, um den Gefahren des Hyperthyreoidismus zu begegnen, eine Regelung der Ernährung unbedingt notwendig sei, insbesondere müsse, um Ersatz für die erhöhte Eiweiß- und P-Ausfuhr zu schaffen, ein reichlicher Gehalt der Nahrung an organischem P und N vorgesehen werden. Mit gutem Erfolg wurden zu diesem Zweck die phosphorreichen Nährpräparate Sanatogen und Protylin verwandt. Auch wurde bereits damals hervorgehoben, daß das Arsen anscheinend die schädlichen Wirkungen zu großer Thyreoidinmengen vermindere. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet schien die Vereinigung der Arsen-, P- und Eisenwirkung im Nukleogen eine besonders glückliche, und es wurde der Versuch gemacht, myxödemkranke Kinder gleichzeitig mit Thyreoidin- und Nukleogeninjektionen zu behandeln, — mit dem Resultat, daß die Thyreoidinmengen bei gleichzeitiger Nukleogenverabreichung wesentlich erhöht werden konnten und dadurch auf Wachstum und Weiterentwicklung noch günstiger als vorher einwirkten. Der Hauptvorzug der Nukleogeninjektionen vor anderen organischen Eisen- und P-Präparaten scheint bei diesen Kranken darin zu bestehen, daß man bei den Kindern, die zu Anfang fast nur flüssige Nahrung zu sich nehmen können, von der mit vielen Schwierigkeiten verknüpften natürlichen Zuführung des Eisens durch den Darm unabhängig bleibt und mit der Thyreoidinbehandlung früher beginnen und energischer vorgehen kann.

Grätzer.

Seligmann, Über Reduktasen der Kuhmilch. (Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 58. Heft 1.) Nach den Untersuchungen S.s ist zwar das Vorhandensein von echten reduzierenden Fermenten in der Milch nicht ausgeschlossen, nur hat sich das, was bisher als Fermentwirkung angegeben wurde, nicht als solche erwiesen. Die bisher bekannten Reduktionsvorgänge in frischer wie in älterer Milch sind nach den Untersuchungen S.s lediglich bakterieller Natur.

Prüssian (Wiesbaden).

Heiberg, Über die Dauer der letalen Scharlachfieberfälle in der dänischen Stadtbevölkerung, Kopenhagen ausgenommen, in den Jahren 1885—1900. (Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 58. Heft 1.) Von sämtlichen Todesfällen bei 704 Scharlachkranken traten ca. $^1/_5$ in den ersten 4 Tagen, $^1/_3$ in den ersten 6 Tagen, die Hälfte in den ersten 10 Tagen ein. Nur ca. $^1/_{25}$ später als im Laufe von 5 Wochen.

Prüssian (Wiesbaden).

Laitinen, Über die Einwirkung der kleinsten Alkoholmengen auf die Widerstandsfähigkeit der tierischen Organismen mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft. (Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 58. Heft 1.) Minimale Alkoholmengen von 0,1 ccm pro Kilogramm Tier zeigten nach den Untersuchungen des Verf.s folgende Einwirkungen:

1. Sie befördern die Hämolisierbarkeit der roten Blutkörperchen der Kaninchen durch fremdes Serum.

2. Sie setzen die normale Widerstandsfähigkeit der tierischen Organismen für Infektionsstoffe herab.

3. Sie üben einen deutlichen nachteiligen Einfluß auf die Nachkommenschaft der Versuchstiere aus. Prüssian (Wiesbaden).

Heinrich W. E. Ehlers, Ein Fall von wahrscheinlich kongenitaler Hypertrophie der Ösophagusmuskulatur bei gleichzeitig bestehender kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose. (Virchows Archiv. 1907. Bd. 189. Heft 3. S. 512.) Der in der Überschrift genannte Befund wurde bei einem an Pneumonie gestorbenen 52 jährigen Manne erhoben. Es fand sich eine sehr starke Hypertrophie der Ösophagusmuskulatur in dessen unteren Abschnitt und eine wulstartige, gleichfalls sehr hochgradige Hypertrophie der Pylorusmuskulatur mit beträchtlicher Stenose des Lumens. Da sich irgendwelche die Hypertrophie erklärenden pathologischen Prozesse nicht fanden und der Verlauf der Faserzüge wenigstens am Pylorus ein unregelmäßiger und abnormer war, schließt E., daß es sich um eine Mißbildung handelt. Klinische Daten konnten leider nicht gebracht werden, da der betreffende Patient sich in bewußtlosem Zustande befand. Bennecke (Jena).

Bruno Glaserfeld, Das Vorkommen von Kalk in den Rindengefäßen der kindlichen Niere. (Virchows Archiv. 1907. Bd. 188. Heft 3. S. 92.) G. untersuchte die Nieren an frischen und mit Hämatoxylin nach Alkoholfixierung gefärbten Schnitten bei 70 Kindern bis zum zweiten Lebensjahre. In 30 Fällen fand er frei im Lumen der Aa. interlobulares und der Vasa afferentia vorwiegend phosphorsauren, ganz gelegentlich kohlensauren Kalk. Die Marksubstanz war stets völlig frei. G. hält das Auftreten des Kalkes für einen kadaverösen Vorgang, für den er eine Erklärung nicht geben kann; Beziehungen zur Rachitis ließen sich nicht feststellen. Der Befund spricht nur für den reichlichen Gehalt des Blutes der betreffenden Kinder an Kalk, der nur durch Aufnahme aus der Nahrung oder durch Resorption von Kalksalzen aus dem Skelett in das Blut gelangen kann. Bennecke (Jena).

G. Bien, Über akzessorische Thymuslappen im Trigonum caroticum. (Erste anatomische Lehrkanzel Wien, Prof. Zuckerkandl.) (Anatomischer Anzeiger. 1906. Bd. XXIX. S. 325. Nr. 13 u. 14.) Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung von zwei Präparaten von Neugeborenen, die durch zwei instruktive Abbildungen ergänzt wird, aus denen sich das Besondere der beiden Halssitus sehr schön ergibt. Es handelt sich in beiden Fällen um eine Verlängerung des Halsteiles der linken Thymus bis an das Os hyoideum. In dem ersten Fall passiert der linke Lappen, der in normalem Umfang den Herzbeutel bedeckt und das vordere Mediastinum für sich beansprucht, die obere Thoraxapertur und zieht, der vorderen Fläche der Gefäßscheide aufliegend, in Form eines sich allmählich verjüngenden Stranges kranialwärts. Ca. 1 cm unterhalb des unteren Randes der Glandula thyreoidea verdickt sich die Thymussubstanz wieder und bildet einen Y-förmigen

Lappen, dessen gemeinschaftlicher Schenkel sich in der Höhe der Teilungsstellen der Art. carotis communis spaltet. Ein Schenkel zieht nach vorn und reicht nach einer Kreuzung mit dem sehnigen Anteil des M. digastricus bis an die hintere Zirkumferenz der Glandula submaxillaris. Der hintere Schenkel zieht mit der Gefäßscheide nach hinten und oben und endet am unteren Rand des M. digastricus, gerade dort, wo der N. accessorius unter diesem hervorkommt. Auf der Abbildung ist die starke Lappung des ganzen Halsteils, der linken Thymus und die Scheidung der einzelnen Lappen durch tiefe Furchen noch gut erkennbar. Seitwärts von dem Halsteil der linken Thymus kommt der Nervus vagus zum Vorschein. Zu diesem bzw. zum Hypoglossus zeigt nun der hintere Teil des gabelförmigen oberen Thymusendes ein höchst eigentümliches Verhalten, indem er von einer Nervengabel umfaßt wird, die sich als aus einem Nervenbündel des Vagus und dem N. descendens hypoglossi zusammengesetzt erweist. In Fortsetzung der rechten Thymus ragt ein mächtiger Lappen bis an den unteren Rand der Glandula thyreoidea.

Im zweiten Fall sind die Verhältnisse folgende: Am oberen Rand des normal großen linken Thymuslappens befindet sich ein von dem übrigen Anteil vollkommen separierbares kleines Läppchen, das sich nach aufwärts in einen sehr dicken, der Zeichnung nach aus Thymusgewebe bestehenden Strang fortsetzt. Dieser reicht bis in die Höhe des unteren Randes der Glandula thyreoidea, wo er sich plötzlich mächtig verbreitert und zu einem ansehnlichen Thymuslappen wird, welcher am unteren Rand des hinteren Biventerbauches endet. Sowohl der strangförmige Thymusanteil als auch der verbreiterte obere Lappen liegen lateral und ventral von der Art. carotis communis und der Vena jugularis interna. Der N. vagus liegt medial, während der N. descendens hypoglossi den verbreiterten Thymuslappen an seinem vorderen Rand lateralwärts umgreift.

Eine ähnliche Verlängerung der einen oder anderen Thymus in mehr oder weniger stark ausgeprägtem Maße ist in der Literatur vielfach berücksichtigt worden, Henle, Luschka und Kölliker haben auf eine Verlängerung bis zum Isthmus der Schilddrüse hingewiesen. In den vorliegenden Fällen aber reicht die Thymus, wie die kurze Beschreibung ergibt und die beigegebenen Figuren noch deutlicher zeigen, weit über diese kranialwärts.

In der betreffenden Literatur hat Verf. nur einen einzigen solchen Fall ausführlich beschrieben gefunden von N. Bishop Harman (Journ. of Anatomy and Physiol. 1902). Als auffällig verzeichnet es Verf., daß in allen 3 bisher beschriebenen Fällen sich dieses Verhalten der Thymus an der linken Seite findet. Besonders hingewiesen sei nochmals auf die eigentümliche Topographie eines Teils des oberen Thymusendes zum Nervus vagus. H. Netter (Pforzheim).

Goldschmidt, Zur Frage der Nasentamponade. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1907. Heft 5.) G. läßt jeden in der Nase operierten Patienten, nachdem der Operateur die erste etwa vorhandene Blutung durch Einblasen von Renoform (einem pulverförmigen Nebennierenpräparat) selbst gestillt hat, in den nächsten Stunden alle 15 bis

20 Minuten eine kleine Menge Renoformpulvers einschnupfen oder mittels eines gewöhnlichen Pulverbläsers sich einblasen. Er umgeht so die lästige Tamponade und gibt an, bis jetzt keine stärkere Nachblutung gehabt zu haben. Die Druckschädigung der Schleimhäute durch die Tamponade wird vermieden, ebenso die damit verbundenen reaktiven Schwellungszustände. Ferner werden dem Patienten die mit dem Einlegen und Entfernen des Tampons verbundenen Schmerzen erspart. Nur wenn die Wunden gezackte oder unregelmäßige Ränder haben (Rißwunden), ist die Tamponade vorzuziehen, und zwar empfiehlt G. zu diesem Zwecke die nach seiner Angabe mit Renoformlösung getränkte und nachher wieder getrocknete sterile Watte oder Gaze.

A. Sonntag.

Hopmann, Sicheres und Unsicheres über Ozaena. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1907. Heft 5.) Nach ausführlicher historischer Übersicht und Besprechung der Theorien über das Wesen der Ozaena (für kurzes Referat ungeeignet) empfiehlt H. als wirksamste Behandlung die von Gottstein zuerst empfohlene „Tamponade" mit Verbandwatte, modifiziert und verbessert als lockere „Einlagen" von sterilen Mullstreifen. Vor den Irrigationen und Spülungen hat diese Methode den Vorzug, daß das Zustandekommen der Borken überhaupt verhindert wird. Nur wenn periodisch die krankhaften Ausscheidungen zunehmen, wie zur Zeit der Menses oder bei einer Erkältung, hat man nötig, die Einlagen mehr als zweimal täglich zu wechseln, oder durch Eingießen warmen Wassers eine vollständigere Entfernung der Sekretmassen herbeizuführen.

A. Sonntag.

Siegrist (Bern), Über die Notwendigkeit, die Augen der schulpflichtigen Kinder vor dem Schuleintritte untersuchen zu lassen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLIV. Jahrg. Beilageheft.) Es ist nach Verf.s Ansicht nicht bloß eine Forderung der Hygiene, sondern auch der Humanität, daß alle in die Schule eintretenden Kinder von Staats wegen auf den Grad ihrer Sehschärfe und die Ursache einer eventuellen Sehverminderung untersucht werden, und daß die Eltern jener Kinder, die mangelhafte Sehkraft besitzen, ermahnt werden, ihre Kinder augenärztlich untersuchen und entsprechend durch Gläser usw. behandeln zu lassen. Wie z. B. die Macula corneae und der Schichtstar sehr leicht die betreffenden Augen zur Myopie führen, so auch der Astigmatismus, der gleichfalls die Sehschärfe herabsetzt und eine übermäßige Annäherung an die Lehrobjekte bedingt. „Was nützen die schönsten modernen Schulpaläste mit den luftreichen, in jeder Beziehung genügend beleuchteten Schulzimmern, was nützen richtig konstruierte, preisgekrönte Schulbänke, was die Bestrebungen zur Einführung der Steilschrift, was die Engelsgeduld und die mannigfachsten Ermahnungen und Strafen der Lehrer und Lehrerinnen, um eine „vorschriftsmäßige" Haltung der Kinder bei der Nahearbeit zu erzielen, wenn diese Kinder in der geforderten Arbeitsdistanz nicht arbeiten können, einfach deshalb, weil sie infolge ihrer durch korrigierbare (!) Refraktionsfehler verminderten Sehschärfe nicht genügend sehen."

Sommer (Mayen).

Davids, Die großen Ausspülungen nach Kalt bei der Behandlung der Blennorrhoea adultorum. (Aus der Univers.-Augen-

klinik Göttingen.) (Klin. Monatsschr. f. Augenheilk. Aug.—Sept. 1907.) Wir erfahren aus der Arbeit, daß v. Hippel die Kaltschen Ausspülungen seit dem Jahre 1898 angewandt hat, zuerst in Halle, dann in Göttingen, und zwar in den Fällen, wo der Gonokokkus im Eiter nachgewiesen werden konnte. Anfangs wurden sowohl Erwachsene als auch Neugeborene so behandelt. Bei der Blennorrhoea neonatorum wurden jedoch die großen Ausspülungen bald wieder aufgegeben, da man beobachtete, daß sich die Hornhaut in mehreren Fällen stärker trübte und bestehende Geschwüre sich vergrößerten, während allerdings die Erscheinungen von seiten der Konjunktiva prompt zurückgingen.

Bei Neugeborenen wurde seitdem wieder die alte Behandlungsmethode aufgenommen: Sublimat-Eisumschläge, Touchieren mit Argentum nitricum, Skarifikation. Dieser Entschluß war leicht, da die Blennorrhoe der Neugeborenen, wenn sie früh genug zur Behandlung kommt, bei dieser Behandlung günstig zu verlaufen pflegt.

Sommer (Mayen).

W. Hinrichs, Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde; Operation, Heilung. (Dissertation, Leipzig, Okt. 1907.) Die fleißige und gediegene Arbeit beginnt mit einer Skizzierung der anatomischen Verhältnisse des Organs, verbreitet sich dann über die Bedeutung der Thymushyperplasie für plötzliche Lebensgefahr und ihre Beziehung zum plötzlichen Tod. Nach einer kurzen kritischen Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von Thymusoperationen schildert Verf. ausführlich einen im Krankenhaus der Deutsch-israelitischen Gemeinde in Hamburg zur Beobachtung gekommenen und von Dr. Alsberg mit vollem Erfolg operierten Fall. Das Kind kam am 5. Dezember 1906 in Behandlung von Dr. Alsberg wegen eines ausgedehnten Angioms der Parotis und multipler Angiokavernome der Haut. Dabei berichtete die Mutter, daß das Kind schon immer langsam getrunken, manchmal eine Stunde bis zur Leerung der Flasche gebraucht habe. Etwa 4 Wochen vor der Operation begann die früher ruhige Atmung einen röchelnden Charakter anzunehmen, gleichzeitig auch die Nahrungsaufnahme noch schlechter zu werden. Die Milch wurde zum größten Teil wieder erbrochen, und das Kind kam infolgedessen in seinem Ernährungszustand herunter. Die daraufhin von Alsberg auf Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus gestellte Diagnose wurde bei der genauen Untersuchung im Krankenhaus bestätigt. Der Befund bei der Aufnahme war in Kürze folgender: Unruhige Atmung, lauter Stridor bei der Inspiration, schwächerer bei der Exspiration, beim Schreien verstärkt sich der Stridor. Bei leicht nach rückwärts gebeugtem Kopf sah und fühlte man, wie bei der Exspiration etwas links von der Mitte der Fossa jugularis ein zungenförmiger Tumor emporgeschleudert wurde. Bei der Inspiration fühlte man über der Inzisur hinter ihr den Tumor als eine kleine Querleiste. Im oberen Abschnitt des Manubrium sterni geringe Dämpfung nachweisbar. Im Schlafe auch deutlich inspiratorischer Stridor. Wurde dem Kind die Flasche gereicht, so sah man, wie es die Milch saugte und sich bemühte, sie hinunterzuschlucken, doch die Milch wurde zum größten Teil sofort wieder erbrochen unter

Verstärkung der Atemnot und Lauterwerden des Stridors. Für die am 10. Dezember 1906, 5 Tage nach der Aufnahme vorgenommene Operation gab in erster Linie die erschwerte Nahrungsaufnahme des Kindes die Indikation ab. Nach Durchtrennung der tiefen Halsfaszie und stumpfer Zerreißung der Thymuskapsel wird die Thymus mit der Pinzette gefaßt, reißt jedoch bei dem sehr weichen Gewebe wieder ab. Nach Lockerung der Thymus in der Kapsel mit der Hohlsonde wird beim nächsten Hustenstoß ein etwa zwei mandelgroßes Stück des sehr weichen, gelblich-rötlich-grauen Thymusgewebes herausgeschleudert und reseziert. Da sich nach Entfernung dieses Stückes sofort eine ruhige Atmung einstellte, wurde absichtlich der Rest des Organs zurückgelassen. Sofort nach beendigter Operation atmete das Kind ruhig und nahm ohne irgendwelche Behinderung beim Schlucken die Flasche. Bis zum 20. Dezember hatte das Kind 300 g zugenommen. Etwa 6 Monate später präsentierte sich das Kind in gutem Zustand, rachitische Veränderungen konnten nicht gefunden werden, die Atmung ist immer ruhig geblieben und Schluckbeschwerden sind nie wieder aufgetreten. Das exstirpierte Thymusstück wog 6 g, die histologische Untersuchung ergab normales Gewebe mit zahlreichen Hassalschen Körperchen. Die Blutgefäße waren jedoch vermehrt und stark gefüllt.

Es geht aus dem beschriebenen Fall die außerordentlich bemerkenswerte Tatsache hervor, daß gelegentlich eine vergrößerte Thymusdrüse Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme hervorrufen kann, bevor noch ein Stridor bei der Atmung des Kindes auffällt, und daß schließlich die Schluckbeschwerden so hochgradig werden können, daß dadurch die Ernährung des Kindes in Frage gestellt ist. Daß diese Schluckbehinderung als eine Folge der vergrößerten Thymus anzusehen ist, kann nach dem unmittelbaren Effekt der Operation keinem Zweifel unterliegen. Zur Erklärung der Schluckbeschwerden als auch des Stridors nimmt Verf. als nächstfolgende Ursache eine Kompression des Ösophagus und der Trachea durch die vergrößerte Thymus an, die sofort beseitigt war, nachdem ein Stück der Thymusdrüse durch die Operation entfernt worden war. Ob die ziemlich plötzlich, ca. 4 Wochen vor der Operation eingetretene Vergrößerung der Thymus mit ihren stärkeren Folgen für Schlucken und Atmung in irgend einer Beziehung stand zu dem plötzlich um dieselbe Zeit einsetzenden Wachstum des Angioms, ob es sich vielleicht um eine beginnende angiomatöse Umwandlung des Thymusgewebes gehandelt hat, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Jedenfalls ergab die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Stücks, wie schon erwähnt, eine Vermehrung und starke Füllung der Blutgefäße. Die ganz im Vordergrund des Symptomenkomplexes stehende Schluckbehinderung des Kindes regt Verf. dazu an, in den zahlreichen Fällen, wo Kinder in den ersten Monaten zugrunde gehen, weil sie, wie man oft zu hören bekommt, keine Nahrung mehr nehmen, jedenfalls nehmen können, an die Möglichkeit einer Kompression des Ösophagus durch eine vergrößerte Thymus zu denken, und, wie in dem beschriebenen Fall, eine operative Entfernung des mechanischen Hindernisses vorzunehmen. Was die Frage betrifft, ob die Operation der vergrößerten Thymus aber solche Gefahren in sich schließt, so findet Verf., daß,

wenn auch nur erst wenig glücklich operierte Fälle vorliegen, die von Pröbsting geäußerten Bedenken nicht ganz gerechtfertigt sind. In bedrohlichen Fällen wird man vorläufig immer noch auf die Operation angewiesen sein, die, wie Rehn in bezug auf die bisherigen Operationen, zusammenfassend sagt, vom besten Resultat, ein relativ einfacher, ungefährlicher, technisch leicht auszuführender Eingriff ist. Dies um so mehr, als bis jetzt sowohl die Intubation wie die Tracheotomie keinen dauernden Erfolg gebracht, die innere Therapie (Darreichung von Thymus- und Milzsubstanz) sich als völlig machtlos erwiesen, und über die Ergebnisse der Röntgentherapie sichere Veröffentlichungen in genügender Zahl noch nicht vorliegen. Auf Grund neuer histologischer Ergebnisse hält übrigens Verf. eine Verkleinerung der Thymus durch Röntgentherapie für ziemlich unwahrscheinlich. — Wenn die Thymusoperation einen relativ einfachen Eingriff darstellt, so wäre also in Zukunft die Operation nicht nur in den bedrohlichen Fällen, sondern auch überall da auszuführen, wo sich eine im Zunehmen begriffene Kompressionswirkung auch nur leichterer Natur auf Trachea oder Ösophagus geltend macht. Darauf wäre in Zukunft mehr zu achten: Sind doch aus der Literatur eine große Reihe von Fällen bekannt, wo plötzlich der Exitus eintrat in Fällen, wo zuvor nur ein leichter, kaum beachteter Stridor bestanden hatte. — Ob die teilweise oder die völlige Exstirpation der Thymus in der Folgezeit auf die weitere Entwicklung der Kinder von Einfluß ist, darüber gestatten die jetzigen Erfahrungen noch kein sicheres Urteil. Daß eine Beobachtung von 8 Monaten, wie in Purruckers Fall, und von 6 Monaten, wie in dem Hinrichsschen Fall, noch zu kurz für ein abschließendes Urteil sind, leuchtet ohne weiteres ein und wird auch vom Verf. zugegeben angesichts des weiteren Schicksals des ersten, von König operierten Falles, — des einzigen, über welchen eine 9jährige Beobachtung nach der operativen Entfernung des linken Lappens, soweit er zu erreichen war, vorliegt. 9 Jahre nach der Operation sah König den Knaben wieder, der in den nächsten 3 Jahren nach der Operation eine ganz außerordentlich schwere Rachitis bekam, erst mit $4^1/_2$ Jahren zu laufen begann und so elend war, daß man den Exitus sicher voraussah und schon den Prosektor auf die bei dem Kinde ausgeführte Operation im voraus aufmerksam machte. Der Königsche Fall gibt darum zu denken, weil er im Einklang steht mit Ergebnissen, die Basch (Jahrb. f. Kinderheilk. 1906) auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen gefunden hat, im Gegensatz allerdings zu vielen anderen, die über die gleiche Frage gearbeitet haben. So erscheint auch der Vorschlag des Verf.s. begreiflich, lieber im Sinne Rehns und Königs zu verfahren, d. h. durch Resektion eines Teils des Sternums günstigere räumliche Verhältnisse zur Entfaltung des Drüsenrestes zu schaffen, als nach dem Beispiele Purruckers und Ehrhardts die „ganze“ Drüse zu entfernen, falls man mit der einfachen Ektopexie oder der Ektopexie nach vorheriger partieller Enukleation nicht sein Ziel erreicht.

H. Netter (Pforzheim).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

Th. W. Kilmer (New York), Die Anwendung der Bauchbinde in 550 Fällen von Keuchhusten. (Klinisch-therap. Wochenschrift. 1907. Nr. 49.) Die Bauchbinde hat besonders günstigen Einfluß auf das Erbrechen. Über die Technik sagt K.:

„Die erste Binde bestand aus einem langen Streifen eines elastischen Seidengewebes, der über einem Bande aus Baumwolle befestigt war. Diese Vorrichtung war zwar wirksam, doch war sie zu warm für die Kinder und zu kostspielig für die Eltern. Die neue Binde besteht aus Leinen und einem 2 Zoll breiten Streifen eines Seidengewebes, der auf beiden Seiten eingenäht ist. Das genügt, um der Binde Elastizität zu verleihen, ohne jedoch ihr Gewicht wesentlich zu erhöhen. Die Schnüre der Binde lassen sich am Rücken bis zu jedem Grade der Einschnürung zusammenziehen; man trägt die Binde über dem Hemd. Die Breite der Binde sollte annähernd folgende sein: Für Säuglinge 4—5 Zoll, für Kinder 5—8 Zoll. Die Länge der kompletten Binde soll 3 Zoll weniger als der Umfang des Bauches in der Höhe des Nabels betragen. Der Grad der Einschnürung soll bei jedem Fall besonders festgestellt werden. In der Regel ist ein geringer Grad von Einschnürung erforderlich, um eine Mäßigung des Hustens und vollständiges Aufhören des Erbrechens hervorzurufen. Wenn auch nach Anlegen der Binde die Symptome nicht nachlassen, so muß man dieselbe fester schnüren.

Kinder, die schon alt genug sind, um sich verständlich zu machen, äußern dabei in der Regel ein Gefühl der Erleichterung. Solche Binden können in wenigen Stunden fertiggestellt werden.

Es ist ein Irrtum zu glauben, daß es genügt, sich irgend eine Bauchbinde zu verschaffen und diese der Mutter oder Wärterin zum Gebrauche zu übergeben, um gute Erfolge zu erzielen. Der Bauch muß sorgfältig gemessen werden, und die passende Einschnürung erzielt werden. Der Grad der Einschnürung soll anfänglich ein sehr geringer sein; wenn das Erbrechen nicht merklich abnimmt, schnüre man die Binde ein wenig fester. Die Stärke der Einschnürung variiert bei den verschiedenen Fällen und bei denselben Fällen an verschiedenen Tagen. Die Binde soll während der Mahlzeiten ein wenig gelockert werden. Sie kann während der Nacht oder zeitweilig auch am Tage abgenommen werden, wenn die Paroxysmen nicht heftig sind."

Grätzer.

F. Stirnimann (Luzern), Zwei abnorme Urinbefunde bei Kindern. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 21.) Der erste Befund stammt von einem jetzt 1 Jahr 2 Monate alten Mädchen, das Verf. schon fast ein Jahr in ärztlicher Überwachung hat. Am 5. Juni 1907 überbrachte die Mutter den Urin zur Untersuchung, da derselbe heute morgen violett entleert wurde. Der Urin war völlig klar und blieb klar. Die Farbe war ein schmutziges Rotviolett, das beim Stehen nicht nachdunkelte. Reaktion sauer. Spezifisches Gewicht 1,016. Kochen gibt weder eine Trübung noch eine Veränderung der Farbe nach Nuance oder Intensität. Über NO_3H geschichtet entsteht ein schmaler, schmutzig grüner, doch klarer Ring,

darüber eine Zone malagabraun, der Rest bleibt unverändert. Auf Zusatz von Alkalien schlägt die Farbe in rotbraun um. Die Jafféschе Indikanprobe gibt keine Zunahme des blauen Tones, sondern der Urin beginnt sofort sich zu entfärben. Mit Chloroform geschüttelt, wird der Urin nur wenig entfärbt, das Chlororm färbt sich leicht rotviolett. Auf Zusatz von 20% Bleiazetatlösung filtriert der Urin farblos, nach Einwirkung von eisenchloridhaltiger, rauchender Salzsäure auf das Filtrat läßt sich durch Chloroform eine Spur eines blauen Farbstoffes extrahieren (Probe nach Obermayer).

Erst dachte St. an eine Indikanurie. Zwar stimmte die Farbe nicht ganz, sie hatte eine zu starke rote Komponente, aber es sind auch Fälle publiziert von Kindern, die Indigrot im frischgelassenen Urin entleerten. Die Färbung wäre dann durch einen oxydativen Vorgang im Körper selbst hervorgerufen worden, statt gewöhnlich im Reagenzglas durch naszierenden Sauerstoff bei der Jafféschen Probe. Allein die Probe nach Obermayer wies keine Vermehrung des Indikans, daneben aber den Gehalt an einem weiteren Farbstoffe nach. Jod ließ sich im Urin nicht nachweisen, auch erhielt das Kind nie Jodpräparate.

Pfaundler gibt nun in seiner Semiotik der Kinderkrankheiten an, daß Indikanurie auch durch einen Farbstoff vorgetäuscht werden kann, der nach dem Gebrauche von Thymol und verwandten Substanzen in den Urin übergeht. Auf genaues Befragen stellte es sich heraus, daß die Mutter 3 Tage hintereinander morgens und abends dem Kinde die Nase mit Arnikatinktur gepinselt hat, und daß am Abend vorher das Kind einige Tropfen davon zu schlucken bekam. Die Arnikatinktur enthält nach Hager Thymohydrochinonmethyläther, wenn zu ihrer Herstellung auch das Rhizom der Arnikapflanze mitbenutzt wird. Es stellte die Arnikatinktur hier die einzige Quelle dar, aus der ein Thymolkörper in den Urin des Kindes gelangen konnte.

Irgendwelche weitere Symptome bot das Kind auch bei genauer Untersuchung nicht, speziell keine Entzündung im Gebiete des Abdomens und keine Vergiftungssymptome. Der im Laufe des Tages entleerte Urin war von normaler Farbe, doch trat am folgenden Morgen wiederum eine leicht violette Farbe von geringerer Intensität auf, trotzdem die Arnikatinktur weggelassen worden war. Seither ist der Urin normal; auch das Befinden des Kindes war nie verändert. Es scheint, daß erst beim längeren Verweilen des Urins in der Blase dieser Farbstoff auftritt, der im öfters entleerten Tagesurin als farbloses Chromogen enthalten sein kann.

St. schließt einen Fall von Cylindrurie an, den er allerdings nur 1 Monat verfolgen konnte.

Das 1 Jahr 4 Monate alte Kind wurde im April 1905 wegen „Enuresis nocturna" in Berlin von einem Arzte untersucht, derselbe fand im Urin wachsartige Zylinder. Am 21. August 1905 kam die Mutter während ihres Aufenthaltes in Luzern mit ihm zu St. zur Nachuntersuchung. Im zentrifugierten Urin finden sich spärliche Leukozyten und wachsartige Zylinder in geringer Menge.

Ca. 1 Monat später, den der Knabe in bestem Wohlbefinden verbracht hatte, zeigte die Untersuchung denselben Befund. Die damals angeschlossene Blutuntersuchung ergab für dieses Alter völlig normale absolute und relative Werte für Erythro- und Leukozyten.

Diese wachsartigen Zylinder waren ein ganz zufälliger Befund. Pathologisch finden sie sich zuweilen bei allgemeiner Tuberkulose und bei Diabetes mellitus, was bei diesem Kinde auszuschließen war. Ebenso konnte es sich nicht um orthotische Albuminurie handeln, da sowohl Morgen- als Tagesurin untersucht worden waren; in beiden fanden sich die Zylinder, Eiweiß nie. Für Lues fand sich kein Anhaltspunkt. Die Zylinder waren typisch homogen, stark lichtbrechend, schollig und andeutungsweise gelblich. Die Amyloidreaktion mit Jod und mit Gentianaviolett blieb stets aus.

Trotzdem jede Erkrankung auszuschließen war, gab St. doch den Eltern den Rat, das Kind für ca. 2 Jahre als „nierenschwach“ zu betrachten und die Ernährung in diesem Sinne zu leiten. Es handelte sich wohl um einen rätselhaften Zustand, der an der Grenze zwischen Gesundem und Krankem steht, und vielleicht in einer angeborenen Gefäßanomalie ihren Grund hat.

Grätzer.

L. M. Pautrier, Les dangers de l'eau phéniquée. (La presse médicale. 1907. Nr. 18.) Karbolwasser ist ein viel benütztes antiseptisches Mittel und findet sich fast in jedem Haushalte. Es muß aber hervorgehoben werden, daß dasselbe keineswegs ein indifferentes Mittel ist, und der Verf. hat mehrere Fälle, wo Verbände mit diesem Mittel an Fingern oder Zehen zu Gangrän oder Endphalangen geführt hat. Es handelte sich um relativ schwache Lösungen — 1 bis $2^1/_2\,\%$ — und es dauerte die Applikation derselben 12—24 Stunden.

Die durch wässerige Lösungen hervorgerufene Gangrän ist trocken und schmerzlos, die Farbe der Teile braun schwarz mit einem scharf umschriebenen Demarkationshof.

Merkwürdig ist es, daß, während Karbolwasser eine solche deletäre Wirkung ausübt, dies bei Karbolglyzerin oder Karbolvaselin keineswegs der Fall ist, selbst wenn es sich um viel stärkere Lösungen handelt. Die Erklärung findet man mit Leichtigkeit in der Theorie der Ione, derzufolge nur elektrolytische Lösungen eine medikamentöse, toxische oder kaustische Wirkung ausüben. Glyzerin, Vaselin, auch Alkohol bilden aber mit Karbolsäure keine elektrolytischen Lösungen, bleiben also ohne nachteilige Wirkung auf die damit in Berührung kommenden Teile.

E. Toff (Braila).

H. de Brun (Beyrouth), Pneumopaludisme du sommet. (La presse médicale. 1907. Nr. 33.) Der Verf. bezeichnet als Pneumopaludismus eine Veränderung der Lunge, welche sich durch matten Perkussionsschall, vermehrte Resistenz der betreffenden Gegend und Bronchialatmen kundgibt und in ausschließlicher Weise die Lungenspitzen befällt. Gleichzeitig bestehen hohes Fieber, Hinfälligkeit, Erbrechen, Delirien usw. Charakteristisch für diese Lungenaffektion ist das Fehlen jedweder Rasselgeräusche im Bereiche der erkrankten Teile. Im Blute findet man Malariaplasmodien, und die ausgezeichnete Wirkung, welche die Chininbehandlung auf den Krankheitsprozeß ausübt,

bildet außerdem genügende Anhaltspunkte, daß es sich in den betreffenden Fällen um Paludismus handelt.

Der Pneumopaludismus ist hauptsächlich eine kongestive Erscheinung, nur in den chronischen Fällen kommt es zu einer Verdichtung und förmlichen Sklerose der einen oder beiden Lungenspitzen. In vielen Fällen findet man auch andere Erscheinungen der viszeralen Malaria, wie Vergrößerung der Milz und der Leber.

Die Krankheit, auf welche der Verf. bereits im Jahre 1905 die Aufmerksamkeit hingelenkt hat, ist hauptsächlich eine Affektion des Kindesalters, namentlich sind es die Kinder im Alter von 10 bis 11 Jahren, welche den größten Prozentsatz liefern. E. Toff (Braila).

M. Tronchon, De la dentition hérédo-syphilitique chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1907.) Die verschiedenen Mißbildungen der Zähne bei hereditär-syphilitischen Kindern haben ihren Ursprung in einem dystrophischen Einfluß, den die hereditäre Lues während des intrauterinen Lebens auf die Zahnkeime ausübt. Derselbe manifestiert sich später in verschiedener Weise. Die Zähne können bereits als Stümpfe wachsen, oder sie sind sehr brüchig und reiben sich sehr rasch ab. In letzterer Beziehung sind gewisse Zähne besonders Veränderungen ausgesetzt, wie z. B. die oberen Schneidezähne, welche auch zur Bildung der sogenannten Hutchinsonschen Zähne, mit halbmondförmiger Abreibung des Zahnschmelzes, führen. In anderen Fällen erscheinen die Zähne spät oder sie haben eine schiefe Richtung.

Auch die bleibenden Zähne zeigen verschiedene Mißbildungen, die wenn auch nicht für Syphilis allein charakteristisch, so doch eine gewisse pathognomonische Bedeutung haben. Es sind dies: die vorzeitige Karies, die Kleinheit der Zähne, ihre unregelmäßige Form, Riefe und Usuren. E. Toff (Braila).

L. Läderich, Des modifications du foie consécutives aux altérations rénales. (Thèse de Paris. 1907.) Es ist durch klinische Beobachtungen bekannt, daß Erkrankungen der Nieren ihren deletären Einfluß auch auf die Leber ausüben, auch wurde bereits von mehreren Forschern auf die Rolle, welche die Leber in der Entwicklung der Urämie ausübt, hingewiesen, doch ist eine genaue Beweisführung in dieser Beziehung noch nicht möglich gewesen.

Um der Lösung dieser Fragen näher zu treten, hat der Verf. in Verbindung mit L. Bernard eine Reihe von experimentellen Untersuchungen angestellt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

Wird beim Tiere die Nierenfunktion in plötzlicher und vollständiger Weise ausgeschaltet, so bemerkt man die Entwicklung einer bedeutenden Leberkongestion. Zahlreiche Leberzellen und hauptsächlich jene aus der Peripherie der Läppchen, zeigen eine Verdichtung des Protoplasmas und haben ein granuliertes Aussehen. Die Zellen der mittleren und zentralen Gegend der Leberläppchen zeigen häufig Vakuolen, war aber die Kongestion eine sehr bedeutende, so äußert sich der Druck der erweiterten Kapillaren in einer Verdichtung und Verkleinerung der Zellen, derart, daß man weder Retikulum noch Granulationen wahrnehmen kann. Das Protoplasma ist sehr azidophil

und in chemischer Beziehung ist eine rasche und bedeutende Verminderung des Glykogens nachweisbar.

Werden, auf experimentellem Wege, die Nieren nicht ausgeschaltet, sondern ihre Funktion nur insuffizient gemacht, so entwickelt sich Leberhypertrophie, welche in exklusiver Weise auf eine Hypertrophie der Leberzellen zurückzuführen ist. Dieselben zeigen eine Verbreiterung des Retikulums, eine Rarifizierung der Granulation und eine bedeutende Vermehrung des Glykogens. Dauern die Nierenläsionen länger als 2—3 Monate, so entwickelt sich Lebersklerose.

Die Erklärung dieser Erscheinungen wäre folgende. Bei Ausschaltung der Nieren beginnt die Leber einen intensiven Kampf gegen die Autointoxikation, wodurch die Glykogenreserve aufgebraucht wird und sich eine intensive Kongestion entwickelt. Bei Niereninsuffizienz wird die Leberfunktion gesteigert, das Organ hypertrophiert und produziert eine bedeutendere Menge von Glykogen, als unter normalen Verhältnissen. E. Toff (Braila).

E. Chazal, Les anormaux psychiques. (Thèse de Lyon. 1907.) Der Verf. teilt die psychisch abnormen Kinder in Zurückgebliebene und Nichtzurückgebliebene. Zu den ersteren zählt er Idioten und Imbezille verschiedenen Grades, zu deren psychischem Defekt noch moralische Perversion oder Unstetigkeit hinzukommen können. Zur zweiten Gruppe gehören die Unsteten, die Perversen und die Unstetperversen. Außer diesen psychischen Störungen findet man bei abnormen Kindern oft noch adenoide Vegetationen, verschiedene Neurosen (Epilepsie, Hysterie) usw.

Psychisch abnorme Kinder passen sich dem sie umgebenden Medium weder in der Schule noch im sozialen Leben an und liefern daher den größten Prozentsatz der Verbrecher und Geisteskranken. Um diesem entgegenzuarbeiten, muß eine spezielle Erziehung dieser Kinder durchgeführt werden, was am besten durch Schaffung eigener Schulen für geistig abnorme Kinder durchgeführt werden kann. Außerdem muß auch in prophylaktischer Beziehung gearbeitet werden. Es kommen hier in Betracht: Heredität, Alkoholismus, Tuberkulose, Syphilis, neuropathische Erkrankungen; abnorme Geburten; Gehirn- und Meningealerkrankungen während der ersten Kindheit, adenoide Vegetationen usw. Ferner soziale Faktoren, wie Mangel an notwendiger, namentlich familialer Erziehung, ungesunde Lektüre, Alkoholismus der Kinder, schlechte Beispiele, unzweckmäßige Erziehungsmethoden, körperliche Züchtigung u. a.

Eine medizinisch-pädagogische Erziehung muß die abnorme Veranlagung bekämpfen, und der Unterricht soll hauptsächlich auf Beobachtung der Dinge und Wesen, und nicht auf Erlernung von Buchtexten beruhen. E. Toff (Braila).

E. C. Williams, Simulation of some of the symptoms of primary amaurotic idiocy by a tumour of the interpeduncular space. (Brit. Journal of Childr. dis. Oktober 1907.) 3 Monate vor der Aufnahme begann das 15 Monate alte, nicht von jüdischen Eltern stammende Kind teilnahmlos gegen seine Umgebung zu werden, abzumagern und mehr und mehr in Schwäche zu verfallen. Bei der

Aufnahme lag das Kind still und bewegungslos da, war somnolent durch kein ihm noch so nahes Geräusch aufzuwecken. Wurden die meist fest geschlossenen Augenlider geöffnet, so blieb das Kind völlig teilnahmlos für seine Umgebung. Bei aufrechter Stellung im Bett fiel der Kopf entweder rückwärts oder auf die Seite. Die Arme waren spastisch, im Handgelenk gebeugt, in den Fingern athetotische Bewegungen bemerkbar, die Beine ebenfalls spastisch, beim Aufrichten des Kindes gestreckt bleibend. Patellar- und Pleurareflex bei der Aufnahme gesteigert, später ließ der spastische Zustand nach und die Reflexe verschwanden. Babinski war vorhanden, Sensibilität verringert. Beide Pupillen mäßig erweitert und fixiert. Rechts Strabismus divergens, Fundus oculi normal. 15 Tage später Exitus unter den Zeichen von Lungenödem und Herzschwäche. Bis auf die Lungen waren alle Brust- und Bauchorgane normal. Gehirn äußerst weich, an der Basis eine schwammige, blumenkohlartige, gelbe Geschwulst von Walnußgröße, im Interpedikularraum. Am vorderen Teil dieses ist die Verbindung des Tumors mit der Gehirnsubstanz eine sehr feste, der anscheinend eine Geschwulst der Glandula pituitaria darstellt. Die deutlich begrenzte Neubildung übt einen Druck aus auf das Chiasma, auf die Crura cerebri, auf den vorderen Teil der Pons und auf den Boden des dritten Ventrikels. Eine kleine Geschwulst in gleichem Aussehen findet sich ferner auf der rechten oberen Parietalwindung, 1 Zoll von der Mittellinie entfernt, $^1/_4$ Zoll in die graue Substanz eindringend. Mikroskopisch handelt es sich um ein Rundzellensarkom. Wegen einiger charakteristischer Symptome nahm man bei der Aufnahme einen Fall von primärer amaurotischer Idiotie an, 1. wegen der Parese oder Paralyse der größeren Teile des Körpers (die entweder eine schlaffe oder spastische sein kann), während 2. die Reflexe normal, gesteigert oder herabgesetzt sein können; 3. wegen der Herabsetzung des Sehvermögens, die bis zu totaler Blindheit gehen kann; 4. wegen des Marasmus. Indessen fehlten die für die amaurotische primäre Idiotie charakteristischen Veränderungen im Augenhintergrund. Der Verlauf war, zum Unterschied von dem bei der amaurotischen Idiotie, ein viel schnellerer; bei dieser beginnen die Symptome für gewöhnlich früher sich zu zeigen und die Kinder bleiben länger am Leben. Im vorliegenden Fall werden die Symptome am ungezwungensten erklärt als Folge des vom Tumor auf das Gehirn ausgeübten Druckes. Eine Photographie gibt den Gehirnsitus deutlich wieder. H. Netter (Pforzheim).

H. S. Clogg, A case of pneumococcal infection of serous membranes. (British Journal of Childr. dis. November 1907.) Die sekundäre Infektion von Pleura, Perikardium und Peritoneum schloß sich an eine primäre Pneumonie an. Das $4^1/_2$ jährige Kind war am 28. Juli 1907 plötzlich erkrankt mit Fieber, Puls- und Atmungsbeschleunigung. Im Lauf der nächsten Tage stellte sich eine doppelseitige Pneumonie heraus, deren Krisis bereits am fünften Krankheitstag eintrat. Trotz annähernd normaler Temperatur zog sich die Rekonvaleszenz in die Länge; die Lungenerscheinungen bestanden weiter, und gegen Ende der zweiten Woche machte sich auch eine Zunahme des Leibesumfanges bemerkbar. Abmagerung, zunehmende

Erschwerung der Atmung und die Vergrößerung des Leibes führten zur Aufnahme ins Krankenhaus am 2. September 1907, 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung. Außer einem Erguß in der Bauchhöhle fand sich nach dem Ergebnis der Probepunktion Eiter in der linken Brusthöhle. Rechts war die Probepunktion negativ. Der Herzspitzenstoß war weder sicht- noch fühlbar, die Herztöne am deutlichsten am linken Sternalraum an 4. Rippenknorpel. Die auf die Punktion folgende Thorakotomie, die keinen weiteren Eiter in der linken Brusthöhle ergab, vertrug das Kind sehr schlecht. — Kollaps, Cyanose, kaum fühlbarer Puls. In der Annahme, daß die Dyspnoe die Folge des von dem Bauchhöhlenerguß auf die Lungen ausgeübten Druckes sei, wurde 24 Stunden nach der Thorakotomie eine Parazentese des Abdomens vorgenommen, die einige 13 Unzen Eiter ergab und die Atmung etwas besserte. Einige Stunden später wurde dann in Narkose per laparotomiam eine große Menge dicken, gelbgrünen Eiters entleert. Diese Operation wurde besser ertragen, den Zustand des Kindes, die Cyanose und Dyspnoe, vermochte sie indes nicht zu ändern. 2 Tage später trat plötzlich der Exitus ein. Die Sektion ergab vor allem eine eitrige Perikarditis, die intra vitam ganz übersehen worden war: 16 Unzen dicken, grünen Eiters fanden sich in der Perikardialhöhle, beide Blätter verdickt und mit dicken Eiterflocken bedeckt. Der pneumonische Prozeß war in beiden Lungen abgelaufen. Für die Annahme eines direkten Übergangs des infektiösen Prozesses von der Pleura auf das Peritoneum ergab die Sektion keinen Anhaltspunkt; das Zwerchfell erschien intakt, das Pelveoperitoneum dagegen weit ausgedehnter erkrankt als das Peritoneum der Oberbauchhöhle. Für eine sekundäre Infektion des Peritoneums von Darm oder den Beckenorganen ergab die Sektion nicht den geringsten Anhaltspunkt, Darmmukosa und Beckenorgane waren ganz intakt. Das Peritoneum war demnach der Sitz einer primären, abdominalen Infektion, ebenso wie das Perikard. Zeichen einer gastrointestinalen Infektion waren nicht vorhanden, gastrische Symptome und Diarrhoe, beide der Pneumokokkenperitonitis eigentümlich, hatten ganz gefehlt. — Die bakteriologische Untersuchung des Eiters (Pleura, Perikard und Peritoneum) ergab den Pneumokokkus in Reinkultur. H. Netter (Pforzheim).

David M. Greig, The clinical aspects of lymphosarcoma in children. (Brit. Journ. of Childr. dis. 1907. Nr. 11.) Verf. begründet zunächst die Auffassung des Lymphosarkoms als klinische Einheit unter Hinweis auf die vielfach noch in der englischen Literatur bestehende Verwirrung hinsichtlich der Stellung des Lymphosarkoms gegenüber dem Lymphom und Lymphadenom, schildert dann Symptome, Verlauf, Komplikationen und Ausgang, um dann zum Schluß 6 persönliche Beobachtungen von Lymphosarkom bei Kindern in ihren Hauptzügen kurz zu skizzieren. An zwei photographischen Reproduktionen aus seiner Kasuistik zeigt Verf. die beiden Verlaufsformen der Lymphosarcoma colli, je nachdem es bereits zu einer Periadenitis gekommen ist. Beide Abbildungen, von einem 9jährigen Mädchen und einem 6jährigen Knaben stammend, veranschaulichen diese beiden Stadien in sehr instruktiver Weise, bei dem Mädchen (Fig. 1, Fall 3 der Kasuistik) als zwei scharf voneinander abgegrenzte

Tumoren der vorderen und hinteren Halspartie, bei den Knaben (Fig. 2, Fall 4 der Kasuistik) als eine große diffuse Schwellung der rechten Halsseite, vom Unterkieferrand bis zum Schlüsselbein reichend. Butlin gegenüber legt Verf. Wert auf die Feststellung der Tatsache, daß beim Lymphosarkom der Tod keineswegs durch eine interkurrente Krankheit und früh eintritt. Die Dauer der Krankheit betrug von Beginn bis zum Ende im Fall 1 13 Monate, im Fall 2 10 Wochen, im Fall 3 14 Monate, im Fall 4 und 5 je 12 Monate.

Ohne für die operative Behandlung des Lymphosarcoma colli beim Kinde überhaupt zu plädieren, aber die Tatsache, daß in dem einen Fall, Nr. 6 der Kasuistik — $4^3/_4$ jähriger Knabe —, die Operation, die vor dem Auftreten irgendwelcher konstitutionaler Erscheinungen und bei Abwesenheit anderer lokaler Symptome als eben der Drüsenvergrößerung stattfand, von einem 17 Monate dauernden Zustand völliger Gesundheit gefolgt war, der zur Zeit der Publikation unverändert fortbestand, gibt Verf. als Gewähr ihrer Nützlichkeit. Verf. gibt zum Schluß der Überzeugung Ausdruck, daß die operative Behandlung das wirklich richtige und alleinige Verfahren ist, das in einer kleinen Proportion von Fällen, zeitig und gründlich genug vorgenommen, zu einer Verlängerung des Lebens, wenn nicht zu einer Heilung der Krankheit zu führen vermag. H. Netter (Pforzheim).

C. N. Vasiliu, Ein Fall von Fraktur der Ulna, kompliziert mit Luxation des Radiuskopfes. (Spitalul. 1907. Nr. 18.) Es handelte sich um ein 10jähriges Kind, welches beim Turnen auf die rechte Hand gefallen war. Bei der Untersuchung zeigte sich folgendes: Der rechte Arm hing unbeweglich längs des Körpers in halb gebeugter und halb pronierter Stellung. Das Ellbogengelenk war geschwollen und zeigte einige Ekchymosen und einige dilatierte Venen, doch reichte die Schwellung nicht über die Ellbogenbeuge hinauf. Passive Beuge- und Streckbewegungen können ohne Schmerzen ausgeführt werden, die Pronation ist aber sehr schmerzlich, und fühlt man während derselben leichte Krepitationen. Gleichzeitig bemerkt man an der inneren Seite eine deutliche Depression und Verkürzung im Verhältnisse zur gesunden Seite. In der Ellbogenbeuge fühlt man eine knöcherne Erhebung, welche dem luxierten Radiuskopfe entsprach. Die Diagnose war also: Fraktur der Ulna im oberen Drittel und Luxation des oberen Radiusendes. In der Narkose wurde der luxierte Radiuskopf leicht reponiert, worauf auch die dislozierten Ulnarstücke von selbst ihre normale Stellung einnahmen. Diagnose und Reposition wurden durch die radiographische Untersuchung bestätigt. Es wurde ein Gipsverband in Beugestellung angelegt, und nach 25 Tagen war die knöcherne Vereinigung vollzogen und konnte mit der Massagebehandlung begonnen werden.

Die erwähnte Verletzung kommt bei Kindern im Alter von 8 bis 15 Jahren nicht selten vor. Die Heilung ist gut möglich, falls rechtzeitig die richtige Diagnose gestellt wird, da sonst Pseudarthrosen und Behinderungen der Pronations- und Supinationsbewegungen zur Beobachtung kommen. In allen derartigen Fällen muß in erster Linie die Verrenkung reponiert werden, da hierauf die Adaptiernng des frakturierten Knochens mit Leichtigkeit zu bewerkstelligen ist. E. Toff (Braila).

V. Babes (Bukarest), Die Morphologie und Biologie der Gruppe des Typhusbazillus und seine Differentialdiagnose. (România medicala. 1907. Nr. 8.) Zahlreiche Umstände sprechen dafür, daß der Typhusbazillus nicht eine einzige, streng umschlossene Bazillenart repräsentiert, sondern daß es mehrere Arten gibt, welche zwar in manchen Beziehungen große Ähnlichkeit darbieten, in anderen wieder sehr voneinander verschieden sind. So z. B. sind Verschiedenheiten in der Agglutinierungsfähigkeit, dem Aussehen der Kulturen, der Entfärbung verschieden gefärbter Nährmedien, der Zuckergärung, dem Versauern der Milch usw. nachzuweisen. Andererseits gibt es zahlreiche Bazillenarten, welche typhusähnliche Erkrankungen hervorrufen können, sich aber von den Typhusbazillen in vielen Beziehungen unterscheiden, wie die Paratyphusbazillen, der Gärtnersche Bazillus der Fleischvergiftung, der Bazillus des Mäusetyphus, der Schweinepest und der Nocardschen Psitakose, sowie auch zahlreiche dazwischen liegende Varietäten, die man meist in Fällen von Bazillenassoziation vorfindet.

Alle diese Bazillenarten zeigen Verschiedenheiten, je nach ihrem Fundorte, ihrer Virulenz und der bestehenden Bakterienassoziation und ist das Studium dieser verschiedenen Gruppen und Untergruppen von großer Wichtigkeit sowohl für die Erkenntnis der betreffenden Krankheiten, als auch für ihre Prophylaxis und Bekämpfung. Eine weitere interessante Gruppe bildet der Kolibazillus, welcher ebenfalls mehrere Abarten zeigt, sowie auch der Shigasche Dysenteriebazillus mit seinen verschiedenen Zweiggruppen. E. Toff (Braila).

Scarlat Ohl, Beiträge zum Studium der Balsamica im allgemeinen, der gonorrhoischen Infektion und speziell des Santyls. (Inaugural-Dissertation. Jassy 1907.) Der Verf. hat an der dermatologischen Klinik von Demetriade Versuche mit Santyl angestellt und lobt dessen gute Wirkung in den verschiedenen Stadien der gonorrhoischen Infektion. Das Mittel wird gut vertragen, ruft keinerlei Reizung hervor und kann auch Kindern gegeben werden; ein 9jähriger Knabe nahm ohne Beschwerden bis zu 65 Tropfen pro Tag. Interessant ist es, daß O. auch durch subkutane, bzw. intramuskuläre Injektionen von Santyl (in Ol. Olivar. 1 : 10) gute Erfolge bei antero-posteriorer Blennorrhöe und bei post-gonorrhoischem Rheumatismus erzielen konnte. E. Toff (Braila).

Aurelia Ralli (Bukarest), Beiträge zum Studium der chronischen Aortitis und des Aortenaneurysmas bei Kindern. (Inaugural-Dissertation. Bukarest 1907.) Der akute Gelenkrheumatismus und andere infektiöse Krankheiten spielen die Hauptrolle in der Ätiologie der chronischen Aortitis bei Kindern. Durch die Entwicklung degenerativer Stellen verliert der Aortenbogen seine Elastizität und Widerstandskraft, wodurch es zu einer chronischen Entzündung der Gefäßwandung und später zu einer mehr oder weniger bedeutenden Erweiterung des Gefäßlumens kommt. Die Krankheit entwickelt sich in schleichender Weise und wird daher meist in ihren Anfängen nicht erkannt, dies um so mehr, als dabei funktionelle Erscheinungen vollkommen fehlen können. Erst wenn die Er-

weiterung der Aorta eine gewisse Größe erreicht hat, kommt es zur Entwicklung von Kompressionssymptomen, zu pseudo-asthmatischen und neuralgischen Anfällen. Objektiv findet man eine Verbreiterung der präaortischen Dämpfung, ein Höherstehen des Aortenbogens und der rechten Subclavikularis, sowie auch charakteristische Veränderungen der Herzgeräusche. In differentialdiagnostischer Beziehung ist die Möglichkeit einer Verwechslung mit anderen Mediastinaltumoren und namentlich mit hypertrophierten Drüsen dieser Gegend möglich.

Die Therapie steht der Krankheit fast machtlos gegenüber, da der Ausgang immer ein tödlicher ist. Von einigermaßen günstiger Wirkung ist nur die Darreichung von Jodpräparaten gefolgt und bilden dieselben, in Verbindung mit sonstigen therapeutischen Maßnahmen, die Grundlage der Behandlung. E. Toff (Braila).

H. Schramm und **E. Dolinski,** Über Lymphangiome bei Kindern. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1907. Nr. 20 u. 21.) Lymphangiome sind im Kindesalter eine sehr seltene Erscheinung. In den letzten 20 Jahren, unter beiläufig 33000 kranken Kindern, wurden bloß 19 mal Lymphgeschwülste beobachtet, eine im Verhältnis sehr geringe Anzahl.

Nach der Angabe Wegners teilen Verff. die Fälle in drei Gruppen ein:

1. Das Lymphangioma cavernosum simplex. Davon werden 8 Fälle und ein Fall von Makroglossie beschrieben.

In allen ergab das mikroskopische Bild eine Erweiterung der Lymphgefäße eines mehr oder weniger umfangreichen Bezirkes, mit gut erhaltenen, manchmal verdickten Wänden. Da eine Verstopfung eines dickeren Astes niemals und nirgends zu finden war, die Zirkulation der Lymphe ungehindert vor sich ging, was das Kleinerwerden des Tumors bei Kompression bewies, nehmen die Verff. ein vitium primae formationis als Entstehungsursache an. Die Prognose bei solchen Geschwülsten ist verhältnismäßig gut; das Wachstum geht langsam vor sich, ohne anderweitige Beschwerden, außer der Verunstaltung, mit sich zu bringen.

Die einzig rationelle Therapie erscheint die totale Exstirpation oder wo es nicht geht, wie in dem Falle von Makroglossie, dann keilförmige Exzision von der Dicke der ganzen Geschwulst mit Naht. Ist aber ein Teil des krankhaft veränderten Gewebes zurückgelassen worden, dann pflegt das Leiden zu rezidivieren.

2. Lymphangomia cavernosum diffusum. Ein Fall davon wird beschrieben.

Diese Geschwülste präsentieren sich als platte, mehr oder weniger diffuse, ohne scharfe Grenze in die Umgebung sich verlierende, weiche, beim Druck mehr oder minder sich verkleinernde Tumoren, die hauptsächlich am Stamm, seltener an den Extremitäten ihren Sitz haben. Was den Verlauf anlangt, so könnte man sie den bösartigen Geschwülsten zuzählen. Sie wachsen konstant und schnell; dringen in das Gewebe hinein, dasselbe substituierend und atrophisierend; in beschriebenem Falle hat das Neugebilde den Panniculus adiposus bis auf kleine Inselchen vernichtet.

Die operative Therapie hat hier keine besonders günstigen Erfolge. Die radikale Entfernung ist infolge Ergriffenseins großer Hautpartien meistens unmöglich, zurückgelassene Reste wuchern in der Regel erneuert. Sehr gute Resultate hatten Verff. im beschriebenen Falle mit intraparenchymatöser Injektion von anhydriertem Alkohol in der Menge von 5—10 ccm pro dosi. Die Injektionen dürfen aber nicht subkutan gemacht werden, weil sonst leicht Neurose eintritt; sie können in zweiwöchentlichen Intervallen appliziert werden und bedürfen, obwohl schmerzhaft, selbst bei Kindern keiner Narkose.

3. Lymphangomia cystoides. Am häufigsten kommen diese als Hygroma colli congenitum vor, wovon 5 Fälle publiziert werden, zweimal traten die Tumoren in der Achselhöhle auf.

Es sind angeborene Geschwülste, Zysten von Erbsen- bis Walnußgröße und darüber enthaltend, und dem Standort entsprechend, bald aus Bindegewebe, bald aus Fett oder Muskelgewebe bestehend.

Der Verlauf ist kein besonders günstiger. Wenngleich das Wachstum nicht der Tiefe nach vor sich geht, können solche Tumoren doch schon, der Größe entsprechend, ernste Kompressionserscheinungen hervorrufen. Die Therapie kann nur eine operative sein, von Injektion der Lugolschen Lösung sahen Verff. keinen günstigen Erfolg. Zum Schluß führen Verff. noch einen hierhergehörenden Fall von Chylangioma an, bei dem nach Exstirpation vollkommene Heilung eintrat.

Gabel.

A. M. Arquellade, Über die angeborene Pylorusstenose. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 21. Okt. 1907.) Die Streitfrage, ob die Hirschsprungsche Krankheit konservativ oder operativ zu behandeln sei, ist noch nicht entschieden, und daher ist jeder Fall, der berichtet wird, noch der Erwähnung wert. Zu dem vorliegenden Falle wurde das einmonatige Kind, nachdem es 8 Tage beobachtet worden war und während dieser Zeit von 3100 auf 2700 g heruntergekommen war, gastroenterostomiert, starb aber nach 6 Stunden im Kollaps.

M. Kaufmann (Mannheim).

Ph. Hauser, Zur Behandlung des Keuchhustens. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 28. Okt. 1907.) Die Hartnäckigkeit des Keuchhustens beruht zum Teil darauf, daß die Kinder sich in ihren infizierten Wohnungen stets von neuem infizieren. Dem zu begegnen, schlägt Verf. vor, die Wohnung täglich mit Formol gründlich zu desinfizieren, und bringt Krankengeschichten, die für die Wirksamkeit dieser Maßregel sprechen.

M. Kaufmann.

Monturiol, Ichthyol zur Behandlung des Narbenkeloids. (Arch. de Linebop. y Ped. Ref: Rev. de Med. y Cir. Práct. 28. Aug. 1907.) M. hat in 5 Fällen von Narbenkeloiden bei skrofulösen Kindern Heilung in wenigen Monaten erzielt, indem er 3 mal täglich 1 Minute lang Ichthyolvasogen (10 %) auf das Keloid einmassieren ließ.

M. Kaufmann.

Mulder, Ein Fall von kongenitaler Atresia oesophagi. (Nederl. Tydsch. v. Geneesk. 1907. Bd. 1. S. 484.) Ein ausgetragener, männlicher Neonatus mit Atresia ani-urethralis kam am zweiten

Lebenstage unter Behandlung, weil er nicht trinken wollte und fortwährend eine schaumige Flüssigkeit erbrach. Am selben Tage operiert wegen der Atresia ani. Die getrunkene Milch wurde nur mit Kraft erbrochen. Der Versuch, ein Nelatonkatheter in den Magen zu bringen, mißlang. Tod am 6. Tage.

Bei der Sektion ergab sich, daß der Ösophagus aus zwei nicht kommunizierenden Teilen bestand, die durch einen Strang von Bindegeweben zusammengehalten wurden. Der obere, kraniale Teil endigte blind; der untere thorakale Teil endigte mit seiner oberen Spitze in der Trachea.

Graanboom.

Axel Holst und **Theodor Frölich** (Norweger), Über Beri-beri. II. Untersuchungen über Schiffs-Beri-beri. Fortsetzung: Über die Ursachen des Skorbuts. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1907. Nr. 7.) Diese Abhandlung ist eine Fortsetzung der von H. ausgeführten Untersuchungen über Beri-beri. Die Arbeit ist sehr interessant. Es gelang nämlich den Verff. durch einseitige Nahrung mit verschiedenen Kornarten, Griesen und Brot regelmäßig bei Meerschweinchen eine Krankheit hervorzurufen, die sowohl makro- als mikroskopisch dem Skorbut der Menschen entspricht, speziell so wie diese Krankheit bei Säuglingen und Kindern auftritt. Durch die Experimente gelang es also typische Barlowsche Krankheit hervorzurufen. Die Untersuchungen zeigten ferner den Wert der Antiscorbutica bei der Behandlung der hervorgerufenen Krankheit. Die tiefere Ursache, warum ausschließliche Nahrung mit Kornarten usw. Skorbut bei den Versuchstieren hervorruft, liegt noch im Dunkel. Von Interesse war es, daß Kohl seine antiskorbutische Wirkung durch halbstündliches Kochen bei 110° C wesentlich einbüßte, dagegen nicht bei 100°.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 28. November 1907.

Grüner stellt ein 9jähriges Mädchen mit **Arsenmelanose** vor. Patientin erhielt wegen Chorea Solutio Fowleri in üblicher Weise. Während der Behandlung (Gesamtdosis des Sol. Fowleri 40 g) stellte sich eine allmählich zunehmende dunkelbraune Verfärbung der Haut des Stammes ein.

In der Diskussion bemerkt v. Schrötter, daß die Arsenmelanose bei Behandlung inoperabler Tumoren mit Arsen in großen Dosen häufig zu beobachten sei. Bei Chorea zieht v. Schr. die hydriatische Behandlung vor.

v. Noorden hebt hervor, daß bei Auftreten von Arsenmelanose die Arsenmedikation auszusetzen sei, weil sich an die Hautveränderung auch andere Zeichen von Arsenintoxikation (Neuritiden, auch Neuritis optica) anschließen können.

Eisenschitz bringt als Mittel gegen Chorea Propylamin in Erinnerung.

Lateiner demonstriert ein anatomisches Präparat von **angeborner Atresie des Ösophagus und Kommunikation desselben mit der Trachea.** Das Kind lebte nur 3 Tage. An klinischen Symptomen bestand Unmöglichkeit zu schlucken, beim Atmen hörte man in der Magengegend plätschernde und glucksende Geräusche, bedingt durch

die in den Magen eindringende Luft. Die Schlundsonde konnte nur bis 8 cm vom Kieferrand eingeführt werden.

Tandler bemerkt, daß es zwei Formen von Atresie des Ösophagus gebe. 1. Die persistierende physiologische Atresie (die Epithelverklebung der Speiseröhre bleibt bestehen); sie sitzt an verschiedenen Punkten der Speiseröhre. 2. Die mangelhafte Abschnürung der Lungenausstülpung gegen den Darm; dabei kommuniziert der Ösophagus immer mit der Trachea.

Lieber zeigt einen 14tägigen Säugling, bei welchem kurz nach der Geburt (im Anschlusse an ein Bad) Asphyxie auftrat, als deren Ursache **beiderseitige angeborne Struma** zu beschuldigen ist. Die Stenosenerscheinungen schwanden, wenn man unter den Nacken des Kindes eine Rolle legte, und traten neuerlich nach Entfernung der Rolle auf. Nach 4 Tagen besserte sich die Stenose, die Struma ging zurück.

Escherich bemerkt, daß in Kropfgegenden (Steiermark) dieses Vorkommnis der Stenose bei angeborner Struma häufig sei. Die Anschwellung der Struma nach warmem Bade ist hauptsächlich durch vermehrten Blutzufluß bedingt. Die beste Therapie sei die Anlegung einer Eiskrawatte, durch sie werde die Schwellung oft plötzlich beseitigt.

Jehle spricht über „**orthotische Albuminurie im Kindesalter**".

Die Ätiologie derselben ist noch unklar, die einen sehen in derselben nur eine Steigerung der physiologischen Albuminurie, andere eine pathologische Erscheinung mit oder ohne Nierenläsion.

v. Noorden bezeichnet die Erkrankung als Diabetes albuminosus, andere ziehen zur Erklärung die Änderung der Blutdruckverhältnisse beim Liegen und Stehen oder eine tuberkulöse Erkrankung der Niere heran. v. N. demonstriert nun sechs Kinder mit orthotischer Albuminurie, deren Untersuchung ein neues Licht auf die Affektion wirft.

Die Kinder scheiden am reichlichsten Eiweiß beim gewöhnlichen Knien aus. Die Eiweißausscheidung fehlt, wenn das Kind beim Knien auf seinen Unterschenkeln aufsitzt. Im Gehen oder Laufen ist der Harn eiweißfrei. Stärkere Eiweißausscheidung wird auch im Stehen gefunden.

Jehle hat nun nachgewiesen, daß das Ausschlaggebende in der die orthotische Albuminurie bedingenden Haltung die **Lordose** ist. Durch verschiedene Experimente konnte er diesen Zusammenhang bekräftigen.

Steht der Patient mit leicht nach vorne gebeugten Rücken, so findet sich kein Eiweiß im Harn. Dieses tritt sofort auf, wenn das Kind gerade aufrecht steht. Fixierte J. den Patienten in erstgenannter (leicht gebeugter) Stellung durch einen Beckengürtel, Halskrawatte und ein zwischen ihnen gespanntes Band, so trat trotz Gehens und Stehens durch Tage keine Eiweißausscheidung auf, wohl aber sofort bei Lösung des fixierenden Bandes. Fixierte J. die beim Stehen erscheinende Lordose durch Gipsverband, so blieb die Eiweißausscheidung bestehen, auch wenn Patient im Bette lag. Je stärker die künstlich erzeugte Lordose war, um so intensiver wurde die Albuminurie und umgekehrt.

Die Lordose ist also ein auslösendes Moment der orthotischen Albuminurie und zwar, wie Tandler meint, handelt es sich um eine besondere Art der Lordose, welche ihre stärkste Krümmung nicht am dritten und vierten, sondern am ersten und zweiten Lendenwirbel zeigt.

Da es sich um schwächliche und rekonvaleszente Kinder handelt, glaubt J., daß die Lordose eine Folge der Schwäche der Lendenmuskulatur ist. Vielleicht schwindet diese Disposition bei solchen Kindern im weiteren Verlaufe der Rekonvaleszenz. Eine anatomische Läsion der Niere ist auszuschließen, sonst könnte nicht die Albuminurie durch Aufhebung der Lendenlordose schwinden. J. glaubt, daß durch die Lordose entweder direkt oder indirekt eine Abknickung der Nierengefäße erfolgt, dadurch Störung des Blutzuflusses und Stauung in der Niere.

Die Eiweißausscheidung ist trotz Fehlen einer Nierenläsion nicht ganz leicht zu nehmen, da zur Zeit der stärksten Albuminurie neben Blut und anderen morphologischen Elementen (Zylinder) subjektive Symptome wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Ohnmachtsanfälle beobachtet werden.

Da keine Nephritis vorliegt, braucht man keine Milchdiät, sondern hat auf kräftige Ernährung zu achten. Den Kindern ist Sport, bei welchem Stehen aus-

geschlossen ist (Bergsteigen, Ski-, Schlittschuhlaufen usw.) nicht zu verbieten. Beim Stehen kann man den oben angegebenen Apparat tragen lassen. J. betont zum Schlusse, daß auch vielleicht die Schwangerschaftsalbuminurie eine Beziehung zur Lordose habe.

v. Noorden betont die Bedeutung der interessanten Befunde Jehles, wenn auch damit nicht alles Rätselhafte der Erkrankung erklärt sei, so warum die Albuminurie gerade in den Vormittagsstunden auftrete und vor allem, warum gerade der mit Essigsäure fällbare Eiweißkörper so oft und so reichlich auftritt.

Escherich bemerkt, daß die Untersuchungen Jehles gezeigt haben, worauf man bei der Methode der Prüfung der orthotischen Albuminurie zu achten habe. Nicht die vertikale, sondern die lordotische Haltung sei das Maßgebende. Man wird daher besser in Zukunft von lordotischer und nicht mehr von orthotischer Albuminurie sprechen.

Sitzung vom 12. Dezember 1907.

Pirquet demonstriert an mehreren Kindern die **Wolff-Calmettesche Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin.** Zwischen der Reaktionsfähigkeit der Conjunctiva und der äußeren Haut scheint kein prinzipieller Unterschied zu bestehen.

Bezüglich seiner Kutireaktion berichtet Vortr., daß dieselbe auffallenderweise während des exanthematischen Stadiums der Masern ausbleibt. Die Erklärung für diese Reaktionslosigkeit ist noch nicht möglich.

Ghon demonstriert ein von einem 13jährigen Knaben stammendes Präparat von **Magenkarzinom** auf Basis eines Ulkus der kleinen Kurvatur. Die Geschwürsbildung wurde durch Laugenverätzung hervorgerufen.

Escherich zeigt ein 3monatliches Kind mit **Fettdiarrhöe und Ekzema seborrhoicum.** Das Kind kam mit schweren Hautveränderungen zur Aufnahme. Der Kopf war mit einer dicken, gelben Kruste von der Stirn bis zum Nacken überzogen. Gesicht, Stamm und Extremitäten zeigten zahllose düsterrote erhabene Knötchen und Flecken mit stellenweiser Konfluenz und starker Schuppenbildung. Auf fettarme Ernährung (Buttermilch) rascher Rückgang der Hautaffektion.

Leiner bemerkt in der Diskussion, daß er den vorgestellten Fall in die Gruppe der von ihm in der letzten Naturforscherversammlung in Dresden beschriebenen Dermatose einreihe (Erythrodermia desquamativa).

Ghon demonstriert die anatomischen Präparate eines im Alter von 3 Monaten an miliarer Tuberkulose gestorbenen Kindes mit ausgedehnter Verkäsung der Bronchialdrüsen. Neben diesen Veränderungen fanden sich vorgeschrittene **Tuberkulose des Pharynx und der rechten Tonsille.** Kongenitale Tuberkulose konnte nicht angenommen werden, da die portalen Lymphdrüsen nur ganz geringe tuberkulöse Herde zeigten

Interessant ist, daß das Kind nur 3 Stunden lang nach der Geburt mit der schwer tuberkulösen Mutter zusammen war, von da ab lag es in tuberkulosefreier Umgebung (Säuglingsabteilung der pädiatrischen Klinik). Man muß annehmen, daß die Infektion des Kindes in diesen 3 Stunden stattgefunden hat.

Bericht über die 7. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte zu Marburg.

Von Dr. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.)

(Eigenberichte.)

Köppe (Gießen). **Über die oxydierenden Fermente der Milch. (Peroxydase und Katalase.)** K. demonstriert einen Apparat, den Katalasegehalt der Milch zu messen, welcher allen Anforderungen in bezug auf genaue Messung der entwickelten Sauerstoffmenge, Einhaltung bestimmter Temperatur, steriles Arbeiten usw. erfüllt. Die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyds durch die Milch erfolgt durch 1. Bakterien der Milch, 2. Zellen der Milch und 3. ein Ferment — Katalase genannt. Die Katalase hängt an den Fettkügelchen. Das Plasma der Milch ist katalasefrei, sowohl bei Frauen wie bei der Kuhmilch. Auch qualitativ läßt sich bei der Kuhmilch zeigen, daß der gesamte Katalasegehalt der Vollmilch sich im

Rahm und nach dem Buttern in der Buttermilch wiederfindet. — Weiter werden die Peroxydasereaktionen der Kuhmilch und der Frauenmilch vorgeführt mit der Probe der Guajaktinktur, Guajakol- und Paraphenylendiaminlösung. Durch geeignete Kombination von Guajaktinktur und Guajakollösung läßt sich auch an der Frauenmilch die Fähigkeit derselben, Guajaktinktur zu klären, nachweisen.

v. d. Velden (Marburg). **Zur Biologie der Milch** (erscheint an anderer Stelle).

Böhme (Marburg). **Perhydrasemilch.** Demonstration.

Isaac (Marburg) bespricht die Resultate, welche die moderne biologisch-chemische Forschung für die Erkenntnis der **Ernährungsstörungen des Säuglings** gezeitigt hat. Vorläufig kann nur als gesicherte Tatsache angesehen werden, daß die präzipitinogene Gruppe des Kuhmilcheiweißes sich im Blute mancher atrophischer Säuglinge nachweisen läßt. Von dem positiven Ausfall der biologischen Reaktion aber auf das Vorhandensein von unverändertem, im Blute kreisendem Eiweiß zu schließen, hält I. nicht für berechtigt. Daher ist es auch fraglich, ob die schweren Ernährungsstörungen in diesen Fällen schlechthin als Eiweißintoxikationen aufzufassen sind. Dagegen bedarf es der weiteren Diskussion, ob die im Blute befindliche, vom Eiweißmolekül losgelöste präzipitable Substanz eine Giftwirkung auszuüben vermag, da Versuche in jüngster Zeit gezeigt haben, daß dieselbe selbst dann noch im Serum kreisen kann, wenn das übrige Eiweiß schon längst mit dem Stoffwechsel eliminiert ist.

W. Hoffmann (Heidelberg) gibt nach einem kurzen Überblick über die oft zweifelhaften Ergebnisse der **mikroskopischen Untersuchung der Säuglingsfäzes** auf Neutralfett, Fettsäuren und Seifen, über die Umständlichkeit des exakten, quantitativen getrennten Nachweises dieser Substanzen und der künftigen Notwendigkeit, schnell zu klinisch brauchbaren Untersuchungsresultaten zu kommen, ein kurzes Referat über seine bisherigen Untersuchungen über eine approximative chemische Schätzungsmethode zur Herstellung insbesondere der Erdalkaliseifen.

Ausgangspunkt der Untersuchung bildet die chemische Tatsache, daß Seifen der Erdalkalien (und Seifen überhaupt) mit Kupfersalzen gekocht intensiv grüne Kupferseifen bilden. Diese Reaktion geht auch beim Kochen von mit Seifen versetzten Säuglingsstühlen vor sich und zeigte sich bei künstlich hergestellten Gemischen mit bekanntem Seifengehalt skalenmäßig in der Farbreaktion abhängig von dem Seifengehalt. Angestellt wird die Reaktion, indem eine Aufschwemmung des Stuhles mit konzentrierter Kupferacetatlösung in einer Reibschale verrieben wird (bei stark alkalischer Stuhlreaktion ist eine geringe Ansäuerung mit Essigsäure zweckmäßig), die Aufschwemmung wird kurz aufgekocht. Neutralfett steigt nun schon in weißen Fettaugen nach oben, Fettsäuren desgleichen, jedoch grüngefärbt, Erdseifen sinken intensiv grüngefärbt zu Boden. Die aufgekochte Aufschwemmung wird auf einem Filter ausgewaschen und die Farbe des Filterrückstandes zeigt den Gehalt an Seifen an.

In der praktischen Ausführung muß man berücksichtigen, daß der Stuhl außer Seifen auch Muzine und Eiweißsubstanzen enthält, die unter Umständen ähnliche Reaktionen vortäuschen können. Diese spielen jedoch nicht die Rolle wie die Seifen, und lassen sich in den meisten Fällen vorher schon erkennen.

An klinischem Material von etwa 60 Fällen wird die Abhängigkeit der Reaktion von über die Assimilationsgrenze hinausgehender Milchzufuhr gezeigt, insbesondere bei Milchnährschäden und Seifenobstipationen, so daß es bei Beobachtung des durch den positiven Ausfall der Reaktion gegebenen Warnungen gelingt, Schädigungen durch zu rasche Steigerung der Milchzufuhr usw. rechtzeitig zu vermeiden. Von gleicher Bedeutung zeigte sich die Reaktion bei nach akuten Darmstörungen zurückbleibenden Fettdyspepsien. Vortr. glaubt nach den vorläufigen Untersuchungen und Mitteilungen der Einfachheit der Methodik wegen, diese jetzt schon empfehlen zu dürfen.

Guradze (Wiesbaden) demonstriert unter Vorzeigung entsprechender Photographien und **Röntgenaufnahmen 2 Fälle von kongenitalem Fibuladefekt**, beobachtet an 2 Kindern im 1. Lebensjahre. Beide Patienten hielten die Füße in extremer Valgusstellung. Das Krankheitsbild war stets mit Zehen- und anderen Knochendefekten kombiniert.

Im Fall I war der Fibuladefekt einseitig, und es fehlte die fünfte Zehe nebst zugehörigem Metatarsus. Im Fall II war der Fibuladefekt doppelseitig mit Fehlen beider kleinen Zehen. Dabei wies die rechte Hand nur 3 Finger und Syndaktylie des zweiten und dritten Fingers auf.

de la Camp (Marburg) berichtet über Untersuchungen, die er im Anschluß an die v. Koranyischen Mitteilungen und im Verfolg seiner Berliner Studien betreffs **perkussorischer Darstellung vergrößerter intrathorakaler Drüsenpakete** in der Marburger Poliklinik angestellt hat. Zunächst erörtert Vortr. an der Hand von frontalen Schnitten durch Gefrierleichen und Röntgenbildern den normalen Situs der in Betracht kommenden Drüsen, demonstriert ihre Beziehungen zu Trachea, zum Ösophagus und zur Wirbelsäule.

Letztbezüglich gelingt es nur in Übereinstimmung mit anamnestischen Daten (Reflexhusten, Temperaturbewegungen, Gewichtsabnahme, Druckgefühl beim Schlucken usw.), palpatorischen Befunden (Neisserscher Ösophagussondierung, A. Hoffmann-Petruschkyscher Spinalgie), auskultatorischen Phänomenen (dem von Heubner angegebenen tieferen Herabweichen des tracheo-bronchialen Atmens auf der Wirbelsäule), positiven Röntgenergebnissen, auch perkussorisch auf der Höhe des 5.—7. Dornfortsatzes eine relative Dämpfung zu finden. Differentialdiagnostisch kommen hier vor allem Vergrößerungen des linken Vorhofs in Betracht. Zahlreiche einschlägige Fälle haben diese Wirbelsäulenperkussion bei skrofulösen Kindern unter Kontrolle der anderen Untersuchungsmethoden, speziell der Röntgenuntersuchung, dem Vortr. als wertvoll erwiesen, so daß der Verzicht auf perkussorische Darstellung speziell der vergrößerten infratrachealen, im Bifurkationsschenkel gelegenen Drüsen nicht gerechtfertigt erscheint.

Hess (Marburg) spricht über **Herzbeutelverwachsung im Kindesalter.** Die tuberkulöse Herzbeutelverwachsung des Kindesalters ist in manchen Fällen an einer peripheren, fast ausschließlich auf Leber und Pfortadersystem beschränkten Zirkulationsstörung erkennbar. — Solche Kinder zeigen eine langsame Anschwellung des Bauches, schließlich einen beträchtlichen, das ganze Krankheitsbild beherrschenden Aszites, daneben Lebertumor, eine blaß-zyanotische Farbe des Gesichtes („pastöses Gesicht"), oft mäßigen Milztumor, dagegen kein Extremitätenödem und keine abnormen klinischen Symptome am Herzen. — Diese „asystolie hépatique sans participation du coeur", welche besonders von französischer Seite, in Deutschland u. a. von Flesch-Schossberger und dem Vortr. beschrieben wurde, ist die Folge einer bindegewebigen Entartung der Leber (zyanotische Induration, Cirrhose cardiaque hypertrophique, foie cardiotuberculeux) und kann leicht zu Verwechslung mit echter Leberzirrhose führen. In der Leber findet sich neben starker Stauung eine hauptsächlich von den Zentralnerven ausgehende, diffus die Läppchen durchsetzende Bindegewebsneubildung.

Als Ursache dieser isolierten Beteiligung der Leber ist, abgesehen von der Erfahrungstatsache, daß bei jeder Perikarditis frühzeitig die Leber geschädigt wird, die besondere Disposition der kindlichen Leber zu Schwellung, Stauung, chronischer Infektion (Tuberkulose usw.). — Ferner ist ein interessanter von Imerwol mehrfach in solchen Fällen erhobener Befund, eine Verengerung der Vena cava inferior am Zwerchfell durch das schrumpfende perikardiale Bindegewebe heranzuziehen.

Es gelang dem Vortr. im Tierexperimente, durch Jodinjektion in den Herzbeutel eine derbe Perikardialsynechie mit Verengerung der Vena cava inferior und sekundärer typischer Cirrhose cardiaque hervorzurufen, mithin den klinischen Befund Imerwols experimentell zu stützen. (Demonstration von Schnitten einer solchen Hundeleber, welche die von den Zentralvenen ausstrahlenden, das normale Bild der Läppchen verwischenden Bindegewebszüge und die stark erweiterten Zentralvenen zeigen.)

Auch beim Erwachsenen findet sich bei Herzbeutelverwachsung nicht selten Leberschwellung und starker Aszites, ein Symptomenkomplex, welcher von Pick als „perikarditische Pseudoleberzirrhose" bezeichnet und beschrieben wurde. — Dies Krankheitsbild muß jedoch von der echten „Cirrhose cardiaque" des Kindesalters durchaus getrennt werden. Es beruht nicht, wie dieses, auf primärer Erkrankung des Herzbeutels mit sekundärer Leberveränderung, sondern auf einer chronischen, meist nicht tuberkulösen Erkrankung mehrerer oder sämtlicher seröser Häute (Polyserositis). — Seine Symptome erklären sich aus dem Zusammenwirken chronisch-entzündlicher, zu Schwarten- und Exsudatbildung führender Prozesse in den serösen Höhlen des Körpers, in welche eine chronische Perikarditis meist eingeschlossen ist, jedoch meist nur eine koordinierte oder komplizierende Rolle spielt; neben diesen Entzündungserscheinungen,

die ihrerseits sehr variabel sind, in der Abdominalhöhle, besonders am Zwerchfell und an der Leber (Periphrenitis, Pleuritis dextra chronica, Zuckergußleber) gewöhnlich den höchsten Grad erreichen, greifen sekundär allgemeine, nach Verlegung von Blut- und Lymphbahnen hervorgerufene, und lokale, besonders auf Leber und Pfortadersystem zurückwirkende (mangelhafte Zwerchfellbewegung, Knickung der Cava und Lebervenen, bindegewebige Entartung der Leber usw.) Stauungserscheinungen komplizierend in das Krankheitsbild ein. (Vortr. hat diese verschiedenen Symptome in einer größeren Studie Marburg 1902 näher beschrieben.)

In der Herzgegend sind bei diesem Krankheitsbilde der Erwachsenen entweder ebenfalls keinerlei anormale Symptome oder aber in anderen Fällen die charakteristischen systolischen Einziehungen der Brustwand wahrnehmbar.

In therapeutischer Beziehung kommt für beide Krankheitsbilder symptomatisch die Anwendung von Herzmitteln und Diureticis und die Punktion des Aszites — in geeigneten Fällen jedoch für die Cirrhose cardiaque des Kindesalters die Talmasche Operation, für die Polyserositis mit starker Brustwandbewegung die Brauersche Kardiolyse in Betracht. — Beide Operationen haben bereits Erfolge aufzuweisen.

Brauer (Marburg) spricht über **„Familiäres Auftreten von Meningitis und Enzephalitis im Kindesalter.“** Demonstrationen.

Benneke (Marburg) berichtet über einen Fall **hochgradigster ausgedehnter Sklerose des Zentralnervensystems** bei einem $1^{3}/_{4}$jährigen Knaben.

51 cm langer Knabe hochgradig abgemagert. Kontraktionen der Ellenbogen. Ecchymosen auf dem Bauch.

Kopfumfang $46^{1}/_{2}$ cm, Kopfhaut fast haarlos; dicht neben der Pfeilnaht eine verschorfte Stichöffnung links, zwei rechts. Schädel im ganzen normal, harte Knochen, wenig Diploë, Subduralraum erweitert, Dura namentlich rechts von dünnen Blutschichten bedeckt. Auch in der rechten Schläfenstirn und Hinterhauptsgrube feine bräunliche Auflagerungen.

Pia stark hyperämisch und ödematös, Balken wölbt sich stark hervor. Bei Eröffnung der Seitenventrikel entleert sich keine Flüssigkeit. Gehirn auffällig resistent.

Bulbi olfactorii ungewöhnlich fest auf der Lamina cribrosa optici von ödematöser sehr derber Pia umgeben, gleichmäßig graustark verdickt. Infundibulum ragt nicht vor. Gesteigerte Resistenz der basalen Hirnnerven. Gehirn wiegt 763 g. Orbitaldächer relativ gewölbt. Lamina cribrosa des Siebbeins tief eingekeilt. Clivus abgeflacht. Sinus transversi und sigmoidei links enger als rechts. Trocula und Sinus rektus normal. Oberfläche des Gehirns nicht abgeplattet. Pia stellenweise etwas derb, stark ödematös. Windungsbreite normal. Das Gehirn gibt beim Betasten das eigenartige Konsistenzgefühl einer weichen Rinde über knorpelartig harter Marksubstanz. Balken lederartig, sklerotisch, zeigt auf dem Querschnitt überall typische Graufärbung, besonders in der Nähe des Ependyms. Der Boden und die Decke der Seitenventrikel sind an manchen Stellen normal, an anderen lederartig. Die Ventrikel sind nicht wesentlich erweitert. Abplattung der Corpora striata; Fornixschenkel weich. Comissura anterior relativ fest. Die Plexus chorioidei sind stark injiziert, doch ist das Gefäßsystem nicht übermäßig entwickelt. Eine chronische Stauung erscheint unwahrscheinlich. Vierhügel auffällig glatt, zum Teil grau. Boden des Aquaeduktus und des vierten Ventrikels grau, deutlich sklerotisch. Nucleus dentatus auffällig sklerotisch, während die Randpartien des Kleinhirns weich erscheinen. Namentlich rechts ist das Kleinhirnmark lederartig derb. Hier sitzt auch in der Rindensubstanz ein frischer, weicher, grauer Herd.

Die Großhirnhemisphäre ist kaum zu durchschneiden. Im Stirn und Okzipitalhirn ist das Mark relativ weich und weiß, obwohl sich auch hier schon Sklerosen erkennen lassen.

Im Centrum semiovale entsteht die Sklerose durch Konfluenz grauer Stellen, in deren Zentren Gefäße erkennbar sind. Von der Rinde setzen sich die Herde durch einen schmalen weißen Saum deutlich ab. Die Großhirnrinde zeigt nirgends Sklerose. Corp. striatum sinistr. auffällig dünn, ebenso Linsenkern. Capsula int. stellenweise leicht sklerotisch. Klaustrum geht direkt in die Sklerose über. Rechterseits ist die Atrophie der großen Ganglien geringer. Thalamus beiderseits schlaff und klein. Die Sklerose des Optici beginnt jenseits des Dekussatio.

Substanz des hinteren Abschnittes des Traktus nicht auffällig sklerotisch. Trigeminus rechts an der Austrittstelle eine Strecke weit sklerotisch, ebenso Fazialis und Akustikus.

Pons auffällig klein, im Zentrum stark sklerotisch, noch stärker ist die Sklerose der Pyramidenstränge im Gebiet der Medulla oblongata. Oliven leicht sklerotisch.

Rückenmark im ganzen schmal, sehr hart und steif. Die Pyramidenbahnen in ganzer Ausdehnung sklerotisch. Außerdem zahlreiche sehr große Herde von Sklerosen, so auch in den Hintersträngen; in den unteren Abschnitten ist zunächst nur der Gollsche, später auch der Burdachsche Strang erkrankt.

Größere Sklerosen stellenweise in der Umgebung des Zentralkanals, sowie im Rindenmantel.

Im Gebiet des unteren Zervikalmarks erscheinen einige Querschnitte fast total grau.

Beiderseits Pneumonie.

Knochensystem normal.

Vortr. demonstriert eine Anzahl mikroskopischer Präparate, aus denen hervorgeht, daß die grauen Herde des Gehirns einer ungemein zellreichen Gliawucherung entsprechen. Die Zellformen sind meist rund, seltener oval oder spindelförmig; sie zeigen alle Übergänge von einfachen kleinen Gliazellen ohne Protoplasma bis zu sehr großen runden vielkernigen homogenen Zellen, deren Kerne meist ringförmig am Zellrande lagen. Die letztere Zellform bildet meist dichte Lager um größere und kleinere Gefäßstämmchen herum, oder auch isolierte makulaförmige Gruppen mitten im Gliagewebe. Epithelartige (drüsenähnliche) Anordnungen fanden sich nie. Die Stützsubstanz zwischen den Zellen war derb; feinfaserig, dicht verfilzt; auch innerhalb der dichten Sklerosen kamen noch wohlerhaltene markhaltige Nervenfasern vor, sehr viel reichlicher am Rand der Sklerosen. Fettkörnchenzellen waren überall vorhanden, nicht besonders reichlich.

In evidentem Gegensatz hierzu erschienen die Sklerosen des Rückenmarks vorwiegend durch die Entwicklung dichter, derber Faserfilze charakterisiert; die Gliazellen waren hier kaum vermehrt, die Nervenfasern aber vielfach hochgradig reduziert. Die noch vorhandenen zeigten normale Formen, Fettkörnchenzellen fehlten im Rückenmark ganz; das Ependym des Zentralkanals und seine Umgebung waren normal; die Ganglienzellen der grauen Substanz bisweilen in Degeneration bis zum Übergang in kernlose homogene Schollen.

Der Prozeß war offenbar im Gehirn progredient, im Rückenmark abgeschlossen und hier anscheinend mehr als sekundäre Degeneration aufzufassen.

Vortr. bespricht die Schwierigkeiten, welche sich in diesen Fällen der Einreihung des Prozesses in die Gruppen Entzündung oder angeborene Wachstumsanomalie oder Tumor entgegenstellen, sowie die histologischen Eigentümlichkeiten der Gliawucherung. Die großen Zellen finden ihr Analogon in den großen Zellformen, welche manche Gliome und Gliosarkome charakterisieren, aber auch bei einfachen regenerativen Wucherungen (Heilung apoplektischer Herde u. a.) vorkommen.

Dose (Marburg) demonstriert **Blutpräparate bei Bantischer Krankheit vor und nach der Milzexstirpation.**

Böhme (Marburg) berichtet über den plötzlichen unter dem Bilde der **Methämoglobinämie eingetretener Tod** eines 1 $^1/_2$ jährigen Kindes, das zur Radiographie eine Eingießung von Bismuth. subnitric. erhalten hatte.

Ausführliche Mitteilung an anderer Stelle.

Heffter (Marburg): In dem eben geschilderten Falle konnte weder in der Leber noch im Blute Wismut nachgewiesen werden, im Gegensatz zu der kürzlich von Hoffmann beschriebenen gleichartigen Vergiftung. Es handelt sich demnach gar nicht um Wismutwirkung. Dagegen spricht einmal der rasche Verlauf, der bei Schwermetallvergiftungen niemals beobachtet wird, und ferner der Sektionsbefund, vor allem das Fehlen jeder Nierenerscheinungen. Da in beiden Fällen beobachtete hochgradige Methämoglobinämie, ein Symptom, das bei Vergiftungen und Schwermetallen gleichfalls nie beobachtet worden ist, gibt uns, wie ich glaube, Aufschluß über diese merkwürdigen Fälle. Sie ist das hervorragende Symptom der Nitritvergiftung, auf die auch der Verlauf der beiden Fälle gut paßt. In der Tat konnte ich im Blut und der Perikardialflüssigkeit der zuletzt verstorbenen Patienten deutlich die Anwesenheit salpetrigsaurer Salze nachweisen.

Wahrscheinlich ist das Nitrit durch bakterielle Prozesse aus dem eingeführten Wismutnitrat im Darm entstanden. Über die Bedingungen dieses Vorganges werden experimentelle Untersuchungen, mit denen Böhme im pharmakologischen Institut beschäftigt ist, hoffentlich nähere Aufklärung bringen. Jedenfalls dürfte es sich empfehlen, nach diesen schlimmen Erfahrungen vom Wismutnitrat bei der Röntgendurchleuchtung abzugehen und an seiner Stelle bei Kindern wenigstens das Bismuth. oxydatum hydricum zu verwenden, bei dem eine Abspaltung von Salpetersäure und Bildung von Nitriten ausgeschlossen ist.

Böhme (Marburg). **Beziehungen zwischen Wärmeregulierung und Gewicht bei Atrophikern.** Das Vermögen der Wärmeregulierung ist bei Frühgeborenen für längere Zeit, bei rechtzeitig Geborenen wenigstens für die erten Tage mangelhaft entwickelt.

Ähnliche Störungen können sich aber auch bei rechtzeitig Geborenen in den späteren Monaten (3.—9.) noch zeigen, wenn es sich um hochgradig abgemagerte Kinder von geringem Gewichte (2—3—5 kg) handelt.

Die Rektaltemperatur liegt hier bei einer Zimmertemperatur von ca. 20° C häufig wochenlang $^1/_2$—1—1 $^1/_2$° unter der Norm. Dabei zeigen sich bemerkenswerte Abhängigkeiten von dem Verlauf der Gewichtskurve. Bei solchen schwer atrophischen Kindern mit Neigung zu Untertemperaturen sinkt die Temperaturkurve fast stets, wenn das Gewicht abfällt, bleibt bei Gewichtskonstanz auf annähernd der gleichen Höhe, und steigt wieder an, wenn das Gewicht zunimmt.

Auch Frühgeborene, die in der auf konstanter erhöhter Temperatur gehaltenen Couveuse (Escherich-Pfaundlers Modell) liegen, zeigen häufig ähnliche, der Gewichtskurve parallel gehende Temperaturkurven.

Diese Verminderung des Wärmeregulationsvermögens ist in der Hauptsache wohl auf Rechnung des verschlechterten Allgemeinzustandes zu setzen, der in dem Absinken des Gewichts sich ausdrückt. Daneben ist zu beobachten, daß die Gewichtsabnahme mit einer Verringerung des Fettpolsters und einem Steigen der Quotienten $\frac{\text{Oberfläche}}{\text{Volumen}}$, einhergeht, dadurch also die Wärmeabgabe direkt begünstigt wird.

Dieselben Erwägungen, die dazu führen, die Frühgeborenen in die Couveuse zu bringen, veranlassen dazu, auch bei solchen Atrophikern die Wärmeabgabe zu beschränken und sie zeitweise in der Couveuse oder in einem Wärmezimmer zu behandeln.

Demonstration von Kurven.

Brauer (Marburg). **Praktische Erfahrungen über Stillhygiene.** Demonstrationen.

---

79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Aus der Abteilung für Chirurgie.

Radtmann (Laurahütte): **Chirurgische Behandlung bei epidemischer Genickstarre.** Die bisher bei Genickstarrekranken ausgeführten Operationen, die Lumbalpunktion, die Kanülendrainage nach Punktion, die Durchtrennung des Ligamentum atlanto-occipitale, Punktionen der Seitenventrikel, hatten keine sicher nachgewiesene Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Ein radikaler Erfolg ist auch von chirurgischer Behandlung nicht zu erwarten, da einerseits die Krankheit keine Lokalaffektion ist, wie die traumatischen oder otogenen eitrigen Meningitiden, sondern von Anfang an und während ihrer ganzen Dauer eine Allgemeininfektion, andererseits überhaupt bezweifelt werden muß, daß Genickstarreeiterungen durch chirurgische Eingriffe zu heilen sind wie gewöhnliche Eiterungen. Der Meningokokkus wirkt wesentlich anders auf menschliches Gewebe ein als andere Eitererreger. Einspritzung der eigenen eitrigen Zerebrospinalflüssigkeit verursacht z. B. bei Genickstarrekranken keinerlei Reaktionen, der Meningokokkus erzeugt weder rein lokale Herde, noch Abszesse, haftet dagegen besonders gut in der Pia.

Auch symptomatisch leisten chirurgische Eingriffe in den Anfangsstadien wenig. Die Lumbalpunktion hat nur in einzelnen Fällen, vielleicht Mischinfektionen, vorübergehende Beruhigung zur Folge, ihre schematische Anwendung ist daher zu widerraten. Die Vermehrung des Hirndruckes bedarf in den Anfangsstadien keiner Bekämpfung. Dagegen scheint in den Spätstadien, wo die rein

mechanische Einwirkung der vermehrten Flüssigkeit auf das Gehirn den größten Teil der schweren Erscheinungen verursacht, eine künstliche Herstellung dauernden Abflusses symptomatisch zu nützen. Da durch die einfache Lumbal- oder Ventrikelpunktion das Großhirn nicht dauernd entlastet wird, so hat der Vortr. die Seitenventrikel tamponiert und dadurch erhebliche, aber vorübergehende Besserung der Hirnerscheinungen erreicht (ein Kranker verstarb 10 Tage nach der Operation am 81. Krankheitstage, der zweite 11 Tage nach der Operation am 70. Krankheitstage). Zur Sicherung des Abflusses und zur Vermeidung der sekundären Injektion bei der Nachbehandlung führt der Vortr. in die Ventrikel ein Silberdrahtgestell mit Fäden, durch deren sukzessives Herausziehen sich Störungen des Abflusses beseitigen lassen. (Selbstbericht.)

Diskussion: Lenhartz (Hamburg): Bei der gewöhnlichen Meningitis cerebrospinalis habe er 52% Heilungen beobachtet, dagegen seien ihm bei der epidemischen 63% gestorben. Im Gegensatz zu dem Vortr. habe er von der Lumbalpunktion viel gutes gesehen; er aspirierte 10—50 ccm; letztere Quantität jedoch nur ganz ausnahmsweise. Dagegen seien alle Fälle gestorben, bei denen er den Hydrozephalus habe operieren lassen.

Wilms (Leipzig) und Müller (Rostock) treten ebenfalls für die Lumbalpunktion ein.

v. Aberle (Wien): **Über die Wahl des Zeitpunktes zur Korrektur rachitischer Verkrümmungen.** v. A. will die Grenzen der Indikationsstellung zur Operation rachitischer Verkrümmungen der unteren Extremitäten wieder weiter ziehen, spricht sich daher gegen eine zu lange Exspektativbehandlung aus, die infolge der bekannten Tatsache, daß sogar schwere rachitische Verkrümmungen zur Spontanheilung kommen können, immer mehr Verbreitung gefunden hat. Denn nach seinen Erfahrungen an einem großen Krankenmaterial sind weder die Spontankorrekturen so zahlreich, noch besteht irgendwelche Garantie auf tatsächlichen Erfolg. Durch die zu lange Exspektativbehandlung wird aber einerseits der günstigste Zeitpunkt zur Operation versäumt, andererseits werden in den Fällen, in denen die Selbstheilung dann doch ausbleibt, durch Ausbildung von Kompensationskrümmungen viel kompliziertere Verhältnisse geschaffen. Nach Anführung von Beispielen stellt der Vortr. folgende Normen für die Behandlung auf: Abwarten des floriden Stadiums der Rachitis (bis ungefähr zum 4. Lebensjahre). Die weitere Behandlung wird nicht durch das Alter, sondern durch den Verlauf der Erkrankung bestimmt. Bei unkompliziertem Verlauf soll der Fall der Spontanheilung überlassen werden, auch bei vorgeschrittenerem Alter der Kinder. Nimmt jedoch die Hauptkrümmung zu, oder bilden sich stärkere Gegenkrümmungen aus, so soll mit der überdies ungefährlichen Operation, am besten subkutane Ostetomie mit nachfolgender Osteoklase, nicht länger gezögert werden. Auch das kosmetische Moment ist bei der Beurteilung des Zeitpunktes zur Operation nicht ganz unberücksichtigt zu lassen. (Selbstbericht.)

Diskussion: Spizzi verhält sich abwartend und operiert, wenn kompensatorische Verkrümmungen auftreten.

Reiner (Wien) macht darauf aufmerksam, daß sich besonders beim Genu valgum leicht abnorme Beweglichkeit des Kniegelenks einstellt. Er will erst dann operieren, wenn sich die etwas schlottrig gewordenen Gelenke wieder konsolidiert haben.

Schultze (Duisburg) legt besonders auf die Behandlung des kompensatorischen Plattfußes Wert.

Schanz (Dresden) leitet bei leichteren Graden der Deformitäten eine allgemeine roborierende Behandlung ein und hütet die Kinder besonders vor Anstrengungen. Auch glaubt er, daß eine vegetabilische Diät die Knochenfestigkeit erhöht. Bei den schweren Deformitäten ist er für frühzeitige Korrektur. Er fängt damit an, die zunächst der Hüfte gelegenen Verbiegungen zu korrigieren und schreitet dann mit der Korrektur nach abwärts fort; Keilosteotomien hat er niemals nötig gehabt. Bei starker Spannung der Weichteile korrigiert er in mehreren Sitzungen.

König (Altona) tritt für frühzeitige Korrektur ein, operiert aber im Gegensatz zu Reiner gerade, wenn Schlottergelenke vorliegen.

Müller (Rostock) tritt für eine individualisierende Behandlung ein, je nach der Schwere des Falles und nach den sozialen Verhältnissen.

Schanz (Dresden) demonstriert einen Fall von Ankylose eines Ellenbogen

gelenks, den er durch Interponierung eines Fettfaszienlappens in die gemeißelte Gelenkspalte geheilt hat.

Perthes (Leipzig) berichtet über einen ähnlichen Fall.

Bade (Hannover): **Die Indikation zu Sehnenoperationen bei spinalen und zerebralen Lähmungen.** Vortr. verfügt über ca. 150 Fälle von spinaler und zerebraler Lähmung. Auf Grund dieser Fälle bespricht er die Indikationen für die Operation und für den Zeitpunkt, zu der sie ausgeführt werden sollen. Bezüglich des letzteren ist er der Meinung, daß man erst nach Ablauf eines Jahres die operative Behandlung beginnen soll. Man solle aber auch nicht in zu frühem Alter operieren; wenn irgend angängig, solle man die Operation bis zum 6. Jahre hinausschieben. da bei den älteren Kindern sowohl die Technik der Operation als auch die Technik des Verbandes einfacher sei und bei den älteren Kindern die Nachbehandlung besser gelingen wird. Nur die Littleschen Lähmungen sollten früher operiert werden. Das geeignetste Objekt für die operative Sehnenplastik sei der paralytische Klumpfuß.

Schanz (Dresden) bespricht einschlägige Fälle und erörtert ebenfalls die Indikationen zur Operation.

Hoennicke (Dresden): **Über experimentell erzeugte Mißbildungen** (auf Grund seiner Untersuchungen im pathologischen Institut in Greifswald). Vortr. hat an Säugetieren (Kaninchen) bis jetzt 46 Fälle von Mißbildungen erzeugt, und zwar solche der Gliedmaßen, des Schädels (Gesichts-, Gaumenspalten, Wolfsrachen), der Lider, der Iris, der Linse, Nieren, Nebennieren, des Herzens, der Zähne. Vortr. ging aus von seinen Rachitisuntersuchungen, auf die er sich hier nur bezieht (vorgetragen im med. Verein in Greifswald, Febr. 1907) und auf Grund deren er die Rachtis definiert als eine „einfache Entwicklungshemmung, im Mittelpunkt von deren Wesen eine funktionelle Insuffizienz der Schilddrüse steht“. Vortr. behandelt seit jetzt $2^1/_2$ Jahren die Rachitis mit konstantem und sicherem Erfolge mit Schilddrüse.

Ist die Rachitis also eine Entwicklungshemmung, so ist ihr Wesen identisch mit den intrauterinen Entwicklungshemmungen. Letztere faßt Vortr. als eine einzige Krankheit auf, bei der Mißbildungen einzelner Teile nur als örtliche Symptome aufzufassen sind, und bezeichnet sie als „präthyreoidale Rachitis“. Als Rachitis wegen der Identität des Wesens. Präthyreoidal soll heißen, daß es sich um die Zeit handelt, ehe überhaupt eine Beziehung der Schilddrüse in Frage kommt. Im Gegensatz dazu bezeichnet Vortr. die vulgäre Rachitis als „thyreoidal“.

Präthyreoidale Rachitis erzeugt Vortr. durch Allgemeinbehandlung der Eltern bzw. Muttertiere vor und während der Zeugung, bei der Gravidität und benutzte Thyreoidin, Ammonsulfat, Äther und andere Mittel und bevorzugte der sozialen Wichtigkeit wegen vielfach den Alkohol. Die Mannigfaltigkeit der Mittel erklärt sich aus den kolloidalen Eigenschaften des Eiweißes.

Später setzte Vortr. an Stelle äußerer Mittel konstitutionelle Faktoren (z. B. Paarung rachitischer oder geschlechtlich noch nicht vollreifer Tiere).

Mit beiden Versuchsanordnungen, besonders letzterer, wurde also ganz in Übereinstimmung mit der klinischen Erfahrung die „erbliche Belastung“ experimentell in Anwendung gebracht.

Von rachitischer Aszendenz wurde das eine Mal präthyreoidale, das andere Mal thyreoidale (hier also erbliche) Rachitis der Deszendenz erzielt. In Greifswald sah Vortr. die schwerste Rachitis in den Familien der Potatoren.

An die intrauterine Entwicklungshemmung (präth. Rach.) schließt sich sehr oft unmittelbar die infantile (Rach. thyr.) an. Das beste Beweismaterial sind hierfür die Idioten und Epileptiker.

In exquisiten Rachitikerfamilien fand Vortr. relativ viel kongenitale Anomalien (Degenerationszeichen = präth. Rach.).

Ferner haben Rach. thyr. und präth. folgende gemeinsame Erscheinungen. Offene Fontanellen und Spaltbildungen sind identisch. Identische Entwicklungshemmung der Zähne findet sich bei beiden, ebenso sogen. „abgesprengte“ Keime und auch die allgemeine Entwicklungshemmung.

Vortr. glaubt, die weitere Fortsetzung der Versuche werde ergeben, daß ganz allgemein ein Kranksein von gewisser Intensität und Dauer vor oder während der Zeugung bzw. der Gravidität imstande sei, embryonale oder infantile Entwicklungshemmungen zu veranlassen, abgesehen von dem wichtigen Moment, daß die Aszendenten oder ihre Keime bereits an Entwicklungshemmungen leiden.

Die Annahme mechanischer Momente als Ursachen bei der nachträglichen Deutung der Genese von Mißbildungen bedarf danach immer des Beweises durch objektive Anhaltspunkte. (Selbstbericht.)

Aus der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Edm. Falk (Berlin: **Pathologische Beckenformen bei Neugeborenen.** Auf Grund genauer Messungen von 110 fötalen Becken, unter denen sich eine größere Anzahl pathologischer Beckenformen, und zwar platte, querverengte, schrägverengte und runde Becken fanden, führt Falk den Nachweis, daß für die Entstehung der pathologischen Beckenformen im intrauterinen Leben mechanische Ursachen ohne maßgebenden Einfluß sind. Vegetationsstörungen sind die Hauptursache für die Entstehung der pathologischen Beckenformen. Dieses zeigt sich besonders bei dem chondrodystrophischen Becken, das früher als sogen. fötal-rachitisches bezeichnet wurde und als Prototyp einer durch Muskelzug entstehenden Beckendeformität durch Kehrer hingestellt wurde. Bei dem chondrodystrophischen Becken, ebenso wie bei den übrigen platten Becken wird die Verkürzung des geraden Durchmessers des Beckeneinganges durch die auffallend geringe Entwicklung des Beckenanteiles der Darmbeinschaufel erzeugt, die übrigen Formveränderungen aber finden ihre Erklärung in charakteristischen, bis in die Zeit der ersten Entwicklung zurückgehenden Wachstumsstörungen des Knochenkernes der Darmbeinschaufel. Auch bei den Assimilationsbecken ist die Ursache ihrer Entstehung in der Art der Anlagerung der Darmbeinschaufeln an die Wirbelsäule zu suchen; mechanische Momente haben auf die Formentwicklung des Beckens keinen Einfluß, wie es Falk ausführlich in seiner im Verlage von S. Karger erscheinenden Monographie: „Entwicklung und Form des fötalen Beckens“ nachweist.

IV. Neue Bücher.

Arth. Keller. **Ergebnisse der Säuglingsfürsorge.** 1. Heft. Verlag von Fr. Deuticke, Leipzig u. Wien. Preis: Mk. 4.

K. betätigt sich seit längerer Zeit mit großem Erfolge auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge, und auch die jetzige Publikation wird sicher einen dankbaren Leserkreis finden und weitere Fortschritte auf diesem Gebiete anbahnen. Zweck und Inhalt des Buches kennzeichnet der Herausgeber in seiner Einleitung wie folgt: „In den 2 Jahren meiner Tätigkeit in Magdeburg habe ich die hiesigen ärztlichen und sozialen Einrichtungen, die der Säuglingsfürsorge dienen, in verschiedenen Entwicklungsstadien kennen gelernt und mich bemüht, aus der Beobachtung und Praxis heraus, ohne Rücksicht auf theoretische Anschauungen oder auf anderweitige Erfahrungen, mir ein Urteil über die Erfolge der verschiedenen Maßnahmen zu bilden. Die Erfahrungen, die ich in Magdeburg gesammelt habe, sind auch für die Allgemeinheit von Interesse, da Magdeburg die einzige unter den großen Städten in Deutschland ist, in der zurzeit die ärztlichen Maßnahmen der kommunalen Säuglingsfürsorge zentralisiert und in einer Hand vereinigt sind. Die Ergebnisse der bisherigen Bestrebungen in der Fürsorge sind zum Teil abgeschlossen, zum Teil sind sie die Vorarbeit für weitere Maßnahmen. Manche der bisher geltenden Bestimmungen entbehren der Legalisierung, und der Mangel des Gesetzes konnte nur durch das lebendige Interesse und die Arbeitskraft einzelner Persönlichkeiten einigermaßen ersetzt werden. Auf Grund der vorliegenden Erfahrungen werden in allernächster Zeit die städtischen Behörden in Magdeburg eine einheitliche Organisation der kommunalen Säuglingsfürsorge schaffen. Pflicht aller Beteiligten, die in Zukunft an dem Ausbau mitarbeiten, wird es sein, die Erfolge des neugeschaffenen Systems klarzustellen und so die in Magdeburg geleistete Arbeit der Allgemeinheit nutzbar zu machen. In unserer gemeinsamen Arbeit habe ich die Aufgabe übernommen, die Erfahrungen in kommunaler Säuglingsfürsorge vom ärztlichen Standpunkte zu besprechen, während Herr Stadtrat Lindemann die praktischen Vorschläge entwickelt, wie sie ihm vom verwaltungstechnischen Standpunkte durchführbar erscheinen.“ Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Bender, W., Melaena neonatorum (Freiburg). — **Decker, G.**, Über einen Fall von Hydramnion bei eineiigen Zwillingen (Berlin). — **Göbel, J.**, Zur Ätiologie und Kasuistik der Tabes infantilis (Leipzig). — **Hinrichs, W.**, Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde; Operation; Heilung (Leipzig). — **Ickert, F.**, Zur Kasuistik des Hydrocephalus congenitus (Leipzig). — **Lackmann, W.**, Über manisch-depressives Irresein im Kindesalter (Erlangen). — **Lehnerdt, Fr.**, Zur Kenntnis der Narbenstrikturen und Narbenverhältnisse nach Intubation (Leipzig). — **Markowitsch, S.**, Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen und Psychosen bei Chorea minor (Berlin). — **Murachowsky, L.**, Über eine Mißbildung: Hemikrania mit amniotischen Strängen (Berlin). — **Reich, W.**, Ein Fall von angeborenem Lymphangioma cysticum des Nackens (München). — **Stumpf, R.**, Über Icterus neonatorum und Nabeleiterung (München).

V. Monats-Chronik.

Berlin. In der Stadtverordnetenversammlung ist beantragt, es soll der Magistrat ersucht werden, zu erwägen, ob zwecks Überwachung der **Zahnpflege der Schulkinder** besondere Einrichtungen notwendig und durchführbar sind, und eventuell Mittel in den Etat einzustellen, um einen Versuch in dieser Richtung zu machen.

— Prof. Dr. A. Baginsky, Direktor des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses ist zum Geh. Med.-Rat ernannt.

— Die Priv.-Dozenten für Pädiatrie, Dr. H. Neumann. Dr. B. Bendix und Dr. Arth. Keller (bisher in Magdeburg) haben den Titel „Professor“ erhalten.

— Eine **Vereinigung der Schulärzte Deutschlands** soll als selbständige Gruppe des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege gegründet werden. Näheres durch Geheimrat Prof. Dr. Leubuscher in Meiningen.

Köln. Die Stadtverordnetenversammlung hat sich mit der **Errichtung einer zahnärztlichen Klinik** (1. April) für Behandlung der Schulkinder, sowie der Hospital- und Armenkranken einverstanden erklärt.

Regensburg. Die Anstellung von **Schulärzten** vom 1. Januar 1908 ab ist beschlossen.

Zürich. Eine städtische **Schulzahnklinik** für die Volksschüler ist gegründet.

Tübingen. Eine **Beratungsstelle für Säuglinge** ist bei der medizinischen Poliklinik eingerichtet.

Halle. Stabsarzt Dr. Peters (Magdeburg) ist als städtischer Schularzt angestellt.

Koburg. Um den nachteiligen Folgen des **längeren Sitzens bei Knaben und Mädchen** entgegenzuwirken und eine gute Körperhaltung zu fördern, hat die herzogliche Staatsregierung verfügt, daß in den Volksschulen ein täglicher Turnunterricht im Winter eingeführt werde. Bestimmte Freiübungen sollen täglich zehn Minuten möglichst im Freien geturnt werden.

Darmstadt. Die staatliche **Betriebskrankenkasse** für das Großherzogtum Hessen, die alle Staatsarbeiter umfaßt, hat bei $3^1/_2$ v. H. Beitragshöhe und freier Arztwahl vom 1. Januar ab die Krankenunterstützung auf Kinder bis zum vollendeten 6. Jahr ausgedehnt. Ehefrauen erhalten diese bereits seit Errichtung der Kasse.

Hamburg. Oberimpfarzt Dr. Voigt hat den Titel Professor erhalten.

St. Petersburg. Dr. von zur Mühlen ist zum Direktor des Nikolai-Kinderasyls ernannt.

Lille. Dr. Oui ist zum Professor für Geburtshilfe und Hygiene des frühen Kindesalters ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. April 1908. Nr. 4.

I. Originalbeiträge.

Vortrag, gehalten am 5. November 1907 im Verein Schweriner Ärzte.

Bericht über 50 Tracheotomien.

Von

San.-Rat Dr. **Berwald,**

dirig. Arzt des Anna-Kinderspitals in Schwerin in Mecklenburg.

Meine Herren! Diese 50 Luftröhrenschnitte sind von mir im Annahospital in dem Zeitraum von 1901 bis Mitte 1907 ausgeführt. Wenn man bedenkt, wie abhängig die Prognose der Tracheotomie von dem jeweiligen Charakter einer Epidemie ist, so dürfte eine Zusammenstellung, welche aus mehreren Jahren stammt, für die Bewertung der Tracheotomie von einigem Interesse sein, weil dabei die größere oder geringere Malignität einer einzigen Epidemie weniger ins Gewicht fällt. Außerdem hängt ja die Prognose von dem Zeitpunkt ab, wann man operiert. Diejenigen, welche die Indikation zum Luftröhrenschnitt sehr eng stellen, d. h. bis zur Kohlensäureintoxikation warten, haben wesentlich schlechtere Resultate als diejenigen, welche dem Grundsatz huldigen, zwar erst bei hochgradiger Stenose, aber vor beginnender Kohlensäurenarkose zu operieren. Ein Anhänger der ersteren Richtung, Bókai, hatte z. B. nur 14,5 % Heilungen aufzuweisen. Zusammenstellungen von Tracheotomien, welche nach erweiterter Indikation ausgeführt sind, zeigen folgende Ergebnisse. Habs berechnete aus 572 im Magdeburger Stadtkrankenhause operierten Fällen 44,75 % Heilungen, Neumann bei 1096 im Krankenhause Friedrichshain zu Berlin tracheotomierten Kindern 46,5 % Heilungen, Settegast aus 375 in Bethanien ausgeführten Tracheotomien 31,75 % Heilungen, K. Roser von 47 in den Jahren 1884 bis 1888 tracheotomierten Kindern 53 % Heilungen. Von den von mir tracheotomierten 50 Kindern sind 21 im Hospital gestorben, 29 lebend entlassen; von diesen 29 litt 1 Kind bei der Entlassung an Albuminurie und Herzschwäche. Über sein weiteres Schicksal habe ich nichts erfahren. Rechnen wir diesen zweifelhaften Fall auch ab, so bleiben noch 56 % Heilungen. Von den 21 Todesfällen sind 15 durch absteigenden Krupp, der im ersten Fall mit Bronchopneumonie, in einem mit Albuminurie kompliziert war, herbeigeführt. Vier durch Herzschwäche bzw. plötzlichen Herzkollaps, wovon einer noch Albuminurie hatte. Zwei Todesfälle endlich erfolgten durch Kohlensäureintoxikation auf dem Operationstisch (in beiden Fällen lagen die

Patienten mit graublauem Kolorit still auf dem Tisch, nur vereinzelte Atemzüge ließen noch Leben erkennen).

Was nun die Krankheiten anbetrifft, welche die Indikation zur Tracheotomie abgaben, so möchte ich einige Bemerkungen über die verschiedenen Auffassungen von Krupp und Diphtherie vorausschicken. Während früher die mehr oder minder große Löslichkeit der Membranen als Kriterium für Krupp bzw. Diphtherie galt, muß nach den Untersuchungen von A. Baginsky und Rheiner das Charakteristische für die Bestimmung beider Prozesse in dem Befunde oder dem Fehlen des pathogenen, von Löffler gefundenen Diphtheriebazillus gesucht werden. Doch darf nicht unerwähnt bleiben, daß Kolisko und Paltauf u. a. den Löfflerschen Bazillus auch beim echten Krupp gefunden haben wollen. Nach anderen Autoren treten bei den kruppösen Prozessen nur die lokal erzeugten Störungen in den Vordergrund, während bei der Diphtherie die schwere Allgemeinerkrankung das Maßgebende sein soll, die so bösartig erscheinen kann, daß die örtlichen Erscheinungen gar nicht in Betracht kommen. Endlich versteht man nach vielfach geübtem ärztlichen Sprachgebrauch unter Krupp eine die Atmung hindernde und schließlich ungenügend machende Verengerung des Kehlkopfes durch entzündliche Schwellung der Schleimhaut mit fibrinöser Auf- und Einlagerung an derselben, ein Standpunkt, den Biedert und Fischl vertreten. Wenn bei der Laryngostenose sich vorwiegend die diphtherische Rachen- und Allgemeinerkrankung bemerklich macht, so spricht man vom diphtherischen Krupp.

Die von mir beobachteten Erkrankungen zerfallen a) in 14 Fälle von Laryngitis stridulosa, bei denen im Laufe von mehreren Tagen die Symptome von Stenose, Stridor, Einziehung im Epigastrium mit bellendem Husten, Heiserkeit sich steigerten zu schweren Erstickungsanfällen bzw. dauernder qualvoller Dyspnoe, ohne daß an den Rachenorganen Beläge nachweisbar waren, noch aus dem Kehlkopf nach der Tracheotomie im weiteren Verlauf Membranen ausgehustet wurden.

b) In 17 Fälle von Angina diphtheritica, kompliziert mit Kehlkopfkrupp, welch letzterer sich, abgesehen von den Symptomen der Stenose, dokumentierte durch ausgehustete Membranen.

c) In 4 Fälle von klinischer Angina follicular. mit Aushusten von Kruppmembranen.

d) 13 Fälle von Kehlkopfkrupp mit Membranbildung ohne Beteiligung der Rachenorgane. Hier muß ich es unentschieden lassen, ob in einzelnen Fällen vor der Einlieferung Erkrankung der Rachenorgane bestanden hatte. In der Mehrzahl der Fälle konnte eine Beteiligung derselben mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

e) 1 Fall mit dem klinischen Bilde der Angina follicular. und der Kehlkopfstenose ohne Membranbildung.

Außer diesen ist 1 Fall von Fremdkörper (durchbohrte schwarze Glasperle) in einem Bronchus zu verzeichnen.

Von den Erkrankten waren 21 Mädchen, 29 Knaben.

Das jüngste tracheotomierte Kind war 6 Monate, das älteste 12 Jahre alt; von den übrigen waren bis zu 2 Jahren 11 Kinder, von 2—5 Jahren 28 Kinder, von 5—8 Jahren 6 Kinder, von 8 bis 12 Jahren 3 Kinder.

8 Luftröhrenschnitte fielen in den Januar, 5 in den Februar, 5 in den März, 6 in den April, 0 in den Mai, 3 in den Juni, 4 in den Juli, 2 in den August, 5 in den September, 1 in den Oktober, 6 in den November, 5 in den Dezember.

Heilserum ist nur, soweit es mir bekannt wurde — die Mehrzahl der Fälle wurde zur unmittelbaren Tracheotomie eingeliefert —, in der Minderzahl der Fälle angewandt. Ein günstiger Einfluß auf die stenotischen Erscheinungen im Kehlkopf war in den wenigen Fällen nicht ersichtlich.

Was nun die Operation selbst anbetrifft, so habe ich in 49 Fällen die Tracheotomia superior ausgeführt, wofür ich als Grund wohl nur die Gewohnheit bezeichnen muß; denn wenn dieselbe auch recht leicht sein kann — in anatomisch günstigen Fällen ist sie oft in wenigen Minuten gemacht — so kann sie dagegen bei großer Schilddrüse, besonders wenn dieselbe verwachsen ist mit der Trachea, bei sehr straffer, tiefer Faszie ganz erhebliche Schwierigkeiten machen. Erschwerend ist ja auch der Umstand, daß in der Mehrzahl der Fälle große Eile nötig ist; oft wird die Narkose schlecht vertragen. Ohne Narkose wehren sich die kleinen Patienten mit der Kraft der Verzweiflung; der Kehlkopf geht stürmisch auf und ab. Bei kleinen Kindern ist die Orientierung mitunter schwierig durch starkes Fettpolster am Halse und durch die Kürze desselben, ferner durch die Weichheit des Ringknorpels, welcher vor der Operation schwer durchzufühlen ist. Hat man nun den Hals über eine Rolle nach hinten gebeugt, so kann es bei geringerer Übung passieren, daß man den Schnitt zu hoch anlegt. In dem Bestreben, die Trachea auf stumpfem Wege freizulegen, darf man meines Erachtens nicht zu weit gehen. Das tiefe Faszienblatt, welches von den Seitenteilen des Schild- und Ringknorpels entspringend, breit in die Kapsel der Drüse übergeht, ist oft so straff und unnachgiebig, daß man durch einen kleinen vorsichtigen Schnitt meist schneller und schonender zum Ziel kommt, als wenn man mit Gewalt die Teile auseinanderzerrt, wobei erhebliche Gefäßzerreißungen passieren können und außerdem die Orientierung vollständig verloren geht.

In 7 Fällen war ein starker Mittellappen, welcher bis zum Schildknorpel reichte, vorhanden; zweimal war die Drüse fest adhärent an der Trachea, einmal bei einem 9 monatigen, einmal bei einem 4jährigen Knaben. Als Kanüle haben wir immer die Luersche benutzt, und zwar genügt bis zum Ende des zweiten Jahres die Kanüle Nr. 1, darüber hinaus sind stärkere zu benutzen.

Bei der Nachbehandlung lasse ich in bekannter, wohl allgemein üblicher Weise die innere Kanüle häufig herausnehmen, wenn Membranen oder leimartige Schleimpfröpfe die Atmung behindern; auch die Einführung von weichen Federn befördert häufig die Entfernung von Krusten und Membranen. Den Katheter wende ich nur an, wenn alles andere versagt, und zwar in sehr langsamer Weise eingehend, vorsichtig drehend; denn es ist wahrscheinlich, daß bei schneller Einführung des Katheters gelockerte Membranen oder Krusten bildende Schleimpfröpfe nach unten gestoßen werden, und zu einem festen Ballen zusammengedrückt, die Trachea oder einen Hauptbronchus

verschließen. Bei vorsichtiger Anwendung des Katheters gelingt es oft, große Membranfetzen herauszubefördern und Erstickungsanfälle prompt zu beseitigen. Unter den 50 Fällen war ich in 14 Fällen zumeist wiederholter Benutzung des Katheters genötigt. Einmal erfolgte Erstickungsanfall nach demselben, in den übrigen 13 trat teils dauernde, teils vorübergehende Beseitigung der Atemnot ein. Das Dekanülement gelang anstandslos 1 mal am 4. Tage, 6 mal am 7. Tage, 7 mal am 6. Tage, 2 mal am 8. Tage, 2 mal am 10 Tage, 1 mal gelang es erst am 17. Tage. In einem Falle wurde die Kanüle am 5. Tage herausgenommen, mußte aber wieder eingelegt werden; vom 22. Tage ab wurden täglich Kupferbougies eingelegt. Am 27. Tage konnte Patient durch die Rosersche Nachbehandlungskanüle atmen und bald darauf ohne Kanüle. In einem anderen Falle gelang das Dekanülement erst nach 33 Tagen nach langwieriger Dilatation mit Kupferbougies. Von den Ursachen, welche das Dekanülement erschweren, sind in unseren Fällen zu nennen: 1. entzündliche Schwellung der Kehlkopfschleimhaut: hier war die Einführung von Bougies von Erfolg. 2. Ungewohnheit, durch den Kehlkopf zu atmen: in diesen Fällen hat das wiederholte Herausnehmen der Kanüle, zeitweises Verschließen der Trachealwunde, also eine gewisse Orthopädie des Kehlkopfes zum Ziele geführt. 3. In einem Falle handelte es sich jedenfalls um reflektorischen Glottiskrampf, hervorgerufen durch die Aufregung, in welche das Kind, $1\frac{1}{2}$ jähriger Knabe, durch mein Erscheinen und Manipulieren versetzt wurde. Da ich nicht zum Ziele gelangen konnte, so ließ ich die Diakonisse die Kanüle herausnehmen, während ich unbemerkt im Nebenraum war. Das Kind atmete nun nach Herausnahme der Kanüle und bei zugehaltener Trachealwunde der Schwester vollkommen ruhig, während es bei mir immer sofort blau wurde und einer Erstickung nahe war, so daß ich die Kanüle immer wieder hatte einlegen müssen. In einem einzigen Fall von den 50 war die Entfernung der Kanüle unmöglich durch zahlreiche gestielte Granulationsgeschwülste. Es handelte sich um einen kräftigen Knaben von 11 Monaten. Die Tracheotomie war leicht und schnell gemacht am 13. September 1905. Die ersten Tage verliefen tadellos. Am 19. entfernte ich die Kanüle auf 6 Stunden, ebenso am 22. Das Einlegen der Kanüle vernotwendigte sich indes immer wieder, weil die Atmung ohne Kanüle erschwert war. Da das Kind nach diesen Versuchen immer sehr angegriffen war, so nahm ich erst am 26. September die Kanüle wieder heraus. Als ich nach etwa $\frac{1}{2}$ stündlichem Warten dieselbe wieder einlegen wollte, war es unmöglich. Alle Versuche scheiterten: ich stieß mit dem Rand der äußeren Kanüle auf ein Hindernis, welches sich nicht überwinden ließ, während der Katheter von gleicher Stärke glatt durchging. Schließlich gelang die Einführung der inneren Kanüle, durch welche das Kind gut atmete. Am 1. Oktober führte ich die Nachbehandlungskanüle von Roser ein, welche glatt und leicht durchging. Durch diese Kanüle atmete das Kind bis zum Abend des nächsten Tages gut. Dann aber wurde die Atmung schwieriger. Als ich gerufen wurde, kämpfte Patient schwer mit Luftmangel. Die sofort herausgenommene Kanüle erwies sich angefüllt mit polypösen Granulationen, welche sich durch die Seitenfenster durchgedrängt

hatten und abgerissen waren. In der Hoffnung, daß hiermit der größere Teil der Granulationen entfernt sei, legte ich die Kanüle wieder ein, aber leider stellte sich bald wieder hochgradige Dyspnoe ein. Bei nochmaliger Herausnahme war die Kanüle abermals mit abgerissenen Granulationen angefüllt. Da die gewöhnliche Kanüle mit dem scharfen Rande sich nicht einführen ließ, so lief ich noch in der Nacht zu Bandagist Hofmann und ließ von ihm an die gewöhnliche Hagedornsche Kanüle einen Konus anschmelzen und in diesen am Ende eine Öffnung bohren. Durch diese Kanüle, welche sich spielend leicht einführen ließ, konnte das Kind ruhig und gut atmen. Bevor ich nun zur Beseitigung der Granulationen schreiten konnte, nahm der Vater das Kind heraus. Wie mir von glaubwürdiger Seite mitgeteilt ist, sind in anderen Krankenhäusern in Hamburg und Altona die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen (Ätzung, Auskratzung, nach Monaten noch der tiefe Luftröhrenschnitt) zur Beseitigung der Granulationen vorgenommen, doch soll das Kind noch etwa $^3/_4$ Jahr die Kanüle getragen haben, schließlich aber doch geheilt sein.

Einer besonderen Besprechung wert dürfte noch der Fall betreffend Glasperle im Bronchus sein. Patient, 5 Jahre alt, hatte am 24. November 1905 eine schwarze längliche durchbohrte Glasperle geschluckt. Danach Bluthusten, Atmungsbeschwerden, besonders nachts. Die Kehlkopfuntersuchung, welche in dankenswerter Bereitwilligkeit Herr Dr. Bock vornahm, ergab nur Rötung der Stimmbänder. Das Atmungsgeräusch war auf beiden Lungen gleich stark, untermischt mit reichlichen Rasselgeräuschen. Am 28. November wurde, nachdem die Nacht mit großer Unruhe, Dyspnoe und starkem Hustenreiz verlaufen war, von mir die Tracheotomia inferior ausgeführt. Hiernach trat Ruhe und Erleichterung ein. Am nächsten Tage führte ich eine lange dünne Aluminiumsonde durch die Trachealwunde tief in die Bronchien ein, konnte aber keinen Fremdkörper konstatieren. Es wurde deshalb angenommen, daß die Perle in einem Seitenast steckte. Am 3. Dezember nahm ich die Kanüle heraus, und gleich darauf flog die Glasperle aus der Trachealwunde durch Hustenstoß.

Meine Herren! Aus sämtlichen Zusammenstellungen geht mit Evidenz hervor, daß die Tracheotomie zu denjenigen lebensrettenden Operationen gehört, welche die besten schließlichen Erfolge aufzuweisen hat. Die bei weitem überwiegende Zahl der Todesfälle nach Tracheotomie ist nicht der Operation als solcher, sondern der Grundkrankheit in ihrer malignen Form zur Last zu legen.

Auch einzelne dauernde Nachteile, welche nach der Tracheotomie beobachtet sind, wie chronische Heiserkeit, zeitweise auftretende, bleibende Dyspnoe, dauernde Unmöglichkeit des Dekanülements, große Fisteln nach ausgedehnten Zerstörungen der Trachea gehören erstens zu den Ausnahmen, sodann kann es noch immer zweifelhaft sein, ob diese üblen Folgen lediglich auf das Konto der Operation zu setzen sind oder ob nicht auch hier die Grundkrankheit als ursächliches Moment teilweise mit heranzuziehen ist. Wenigstens scheint mir die Annahme nicht soweit hergeholt, daß nach einer kruppösen Erkrankung des Kehlkopfes auch ohne Tracheotomie längere Zeit Heiserkeit bestehen könnte.

Dasselbe gilt von bleibender Dyspnoe. Und selbst wenn der Luftröhrenschnitt hier und da einmal einen der beregten Nachteile nach sich zieht, so verschwinden diese gegenüber den großen Vorzügen der Operation, durch welche nach dem besser gewordenen Endresultat durchschnittlich fast die Hälfte der sonst dem sicheren Erstickungstode verfallenen Kranken bei rechtzeitiger Ausführung gerettet wird. Zum Schluß gestatten sie mir noch einige wenige Worte über die Intubation oder Tubage des Kehlkopfes. Diese Methode ist bekanntlich von O'Dwyer in Amerika in technisch brauchbarer Form neu erfunden. Dieselbe besteht darin, die Intubationskanüle mittels eines sogenannten Introduktors in den Kehlkopf einzuführen und dort längere oder kürzere Zeit, d. h. einen Bruchteil einer Stunde bis zu mehreren Tagen liegen zu lassen. Bei meinem Aufenthalt im Kaiser Friedrich-Kinderkrankenhause in Reinickendorf vor 9 Jahren habe ich mir auf der damals stark belegten Diphtherieabteilung die Methode genau zeigen lassen, weil ich ein Urteil darüber gewinnen wollte, ob ich dies Verfahren auch im Annahospital verwerten könnte. Ich habe mich aber davon überzeugt, daß es nicht angängig sei, weil zu der Intubation ein größeres Hilfspersonal gehört, als ich es im Annahospital zur Verfügung habe. Wenn ich auch seit Jahren dort eine Diakonisse lediglich für das Isolierhaus habe, welche in Kruppflege ausgebildet ist und zur Ablösung eine ebenfalls ausgebildete Wärterin, so würden diese nicht für die Intubation genügen; denn die Einführung der Intubationskanüle und oft noch mehr die Herausnahme setzt eine nur durch ein ständiges Material von Kruppkranken zu erwerbende Übung und einen nicht geringen Grad von Geschicklichkeit voraus, welche nur selten bei Diakonissen zu finden ist. Wenn auch die erstmalige Einführung der Kanüle durch mich besorgt würde, so verstopft sich dieselbe doch häufig und muß dann sofort herausgenommen werden. Diese Herausnahme ist aber oft schwieriger als die Einführung: es müßte also Tag und Nacht ein Arzt im Hospital sein, welcher genau mit der Methode vertraut ist. Ein weiterer Nachteil der Intubation ist der, daß die Atmung mitunter nicht frei wird und sich die sekundäre Tracheotomie nötig macht. Ferner verursacht die Intubationskanüle oft bei tagelangem Liegen Drucknekrosen. Auch das häufige Vorkommen von lobulärer Pneumonie wird besonders von Schwalbe und Widerhofer betont. Nimmt man dazu, daß die vergleichenden Zusammenstellungen von Intubation und Tracheotomie fast gleich gute Heilungsresultate liefern, so dürfte in einem kleinen Krankenhause oder in der Privatpflege der Tracheotomie der Vorzug zu geben sein.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

P. P. Eminet, Sphygmographie und Tonometrie bei gesunden Kindern im Alter von 7—15 Jahren. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3 u. 4.) Verf. kommt auf Grund seiner Studien zu folgenden Ergebnissen:

Der Sphygmograph von Dudgeon-Jacquet ist für Untersuchungen von Kindern im Alter von über 12 Jahren zu gebrauchen; hat aber einen wichtigen Nachteil, nämlich das Fehlen eines Zeitmessers. Bei Messungen des Radialpulses soll man gleichzeitig den Blutdruck messen. Die Größe des Blutdruckes und das Sphygmogramm liefern dem Untersucher mehr Angaben als Sphygmographie allein.

Der Tonometer von Gärtner ist für die Blutdruckmessung sehr bequem, besonders wenn man nur die relative Größe desselben berücksichtigt. (Zur Bestimmung seiner absoluten Größe muß der Druck mittels drei verschiedenen Apparaten gemessen werden, z. B. mittels des Riva-Rocci zur Messung des Druckes in Art. brachialis, des Gögerstaedt für Art. radialis und mittels des Gärtner für kleine Arterien [Art. digitalis].)

Der Blutdruck bei Kindern, die unter guten Verhältnissen leben, ist höher als bei denen, die unter schlechten Verhältnissen leben.

Das Sphygmogramm bei Kindern, die unter guten Bedingungen leben, nähert sich dem normalen Typus mehr als bei denen, die unter schlechten Verhältnissen leben. Der Winkel, unter welchem der anakrotische Schenkel aufsteigt, hängt vom Drucke ab. Bei hohem Drucke von 95—110 mm Hg ist er kleiner als bei niedrigem von 65 mm Hg. Mit dem Alter nähert er sich mehr und mehr einem rechten Winkel.

Bei einem niedrigen Drucke ist die Pulsfrequenz höher als bei hohem.

Monokrotismus wird bei Kindern nicht beobachtet. Im Schulalter kann man eher die Neigung zum Prädikrotismus als zum Dikrotismus beobachten.

Die Größe eines Sphygmogrammes ist dem Blutdrucke direkt proportional. Der allgemeine Typus einer Pulskurve wird während eines jeden Alters bei jedem Drucke unveränderlich beibehalten. Die Zunahme der prädikrotischen Hebung fällt nicht mit der vermehrten Zahl der Elastizitätsschwingungen zusammen. Sie hängt vom Drucke, sowie vom Alter ab; bei 11jährigen ist sie bei hohem Drucke am stärksten entwickelt.

In den Schuljahren des Kindes werden zwei Maxima des Blutdruckes beobachtet: das eine im 6. Jahre, das andere im 11. Jahre. Der Blutdruck ist im Alter von 9 Jahren niedrig, schwankt bedeutend bei 11—12 Jahren, erreicht, indem er sich dem Drucke der Erwachsenen nähert, im 14.—15. Jahre hohe Ziffern und ist im 6. Jahre besonders hoch.

Die prä- und dikrotische Hebung vereinigt sich manchmal zu einer großen Welle, diese Vereinigung jedoch kann durch Messung nachgewiesen werden.

Die Pulskurve bei Kindern ist der Regel nach inäqual. In vielen Fällen wird Arhythmie beobachtet. Bei der Pulsuntersuchung muß man stets auf den Charakter und die Größe der Arhythmie achtgeben. Die Arhythmie ist der Index der Herzkraft. Im höheren Alter (14—15 Jahre) ist der Puls gleichmäßiger, von dikrotischem Charakter, und nähert sich dem Normalpuls der Erwachsenen. Dann

beginnen auch die Atmungs- und Gefäßwellen von Sigm. Mayer aufzutreten.

In manchen Fällen ist der Blutdruck bei horizontaler Lage niedriger als bei senkrechter. Hecker (München).

N. Gundobin, Die Albuminurie der Neugeborenen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Das Vorhandensein von Eiweiß im Harne der Neugeborenen darf für keine normale Erscheinung gehalten werden. Da alle Forscher in den meisten Fällen nur Eiweißspuren fanden, welche sehr bald verschwanden, darf man eigentlich nicht von Albuminurie, sondern höchstens von Eiweißspuren im Urin der Neugeborenen reden. Um die Ursachen der Albuminurie zu erklären, ist es nicht genügend, sie in ihrer Beziehung zur Ernährung des Kindes und den Nahrungsstörungen zu studieren, was Czerny empfiehlt, sondern es ist unerläßlich, auch noch die Krankheiten der Frucht zu studieren, von denen wir nur ganz verschwommene Vorstellungen haben. Alle Erscheinungen im Leben der Neugeborenen können erst dann vollkommen festgestellt werden, wenn diese Kinder sich unter unmittelbarer Beobachtung spezieller Kinderärzte befinden. Hecker (München).

H. Koeppe, Zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Januar 1908.) K. beschreibt einen interessanten Fall und beantwortet in bezug auf ihn die folgenden drei Fragen:

1. Wie kommt es in unserem Fall zu der Retention des Darminhaltes?
2. Wodurch kam es zur Dilatation des Kolon und der Flexur?
3. Was führte die Komplikationen herbei?

„Unser Fall bietet das typische von Hirschsprung aufgestellte Krankheitsbild: Unmittelbar nach der Geburt einsetzend, Schwierigkeit in der Defäkation (erst 3 Tage nach der Geburt kein Stuhlgang, dann nur auf Klistier), die mit kurzen Pausen normalen Stuhlganges bis zum Tode anhält, aber niemals so groß wird, daß überhaupt kein Stuhl durch die Mittel erzielt wird; zeitweise enorme tympanitische Auftreibung des Leibes. Bei der Sektion findet sich eine kollosale Erweiterung des Dickdarmes mit gleichzeitiger Hypertrophie seiner Wandung. Mäßige Erweiterung des oberen Teiles der Flexura sigmoidea, Todesursache: Perforation des Darmes beim Übergang des unteren Bogens der Flexura sigmoidea in der oberen.

Erste Frage: Wie kam es zur Retention des Darminhaltes: Daß die Ursache der Obstipation in unserem Falle die hochsitzende spastische Kontraktur des Darmes war, ist ohne weiteres klar, denn sofort mit Beseitigung derselben tritt normaler Stuhlgang ein: sobald die Kontraktur wieder einen gewissen Grad erreicht hat, wird die Defäkation mangelhaft, es wird nicht aller Stuhl entleert, und das typische Krankheitsbild bietet sich wieder dar. Dieser Vorgang wiederholt sich vor unseren Augen mehrere Male und nur der unglückliche Zufall, daß zuletzt zu spät Hilfe geholt wird, führt zu der Komplikation, die den Exitus bringt, ehe eine dauernde Heilung des Spasmus erfolgte. Außer oder statt der hochsitzenden Kontraktionsstelle ist

in der vorhergehenden Zeit noch ein Sphinkterspasmus dagewesen, der Folge oder Ursache der Anusfissuren war.

Die zweite Frage: Wie kommt es zur Dilatation und Hypertrophie des Kolon? ist nicht direkt zu beantworten: Aus dem Befund bei der Sektion des 41 Tage alten Kindes ist nicht ohne weiteres zu schließen, daß es eine angeborene Anomalie sei. Die Hypertrophie der Muscularis konnte sich innerhalb der 41 Tage, während welcher zeitweise das Hindernis im Darm überwunden werden mußte, wohl erst entwickelt haben, zumal zu bedenken ist, daß die glatte Muskulatur viel mehr als die quergestreifte geneigt ist zu hypertrophieren, und dazu in verhältnismäßig kurzer Zeit. Die hochgradige Dilatation kann nicht wundernehmen bei der anfangs mangelhaften Entleerung bei guter Nahrungsaufnahme und in der in den letzten 6 Tagen fast vollständigen Verstopfung.

Die dritte Frage: Wie kam es zur Abknickung des Darmes? ist im Sinne der meisten Autoren durch die starke Füllung des Darmes zu beantworten. Als keine Entleerung mehr erfolgte, der Darminhalt aber immer weiter nach unten gedrängt wurde durch die kräftige Muskulatur des Darmes, mußte es in den räumlich beschränkten Verhältnissen des Beckens zur Abknickung kommen.

Bemerkenswert ist, daß die Abknickungsstelle ziemlich hoch liegt wie auch bei den anderen Fällen, die spastische Kontraktur viel mehr analwärts, und daß diese Kontraktur vollständig verschwunden war, als die Abknickung erfolgt war.

Wäre es in unserem Falle nicht zur Sektion und damit zur Bestätigung der Diagnose Megacolon gekommen, so hätte ich trotz der typischen klinischen Erscheinungen später die Diagnose Hirschsprungsche Krankheit verlassen und den Fall als Obstipation infolge Spasmus des Sphincter ani aufgefaßt, wenn unter geeigneter Behandlung eine regelmäßige spontane Defäkation erzielt worden wäre, was mir nach meiner Erfahrung wahrscheinlich ist. Anderseits bin ich überzeugt, daß solche Fälle, bei denen der Spasmus nicht als Ursache der Erkrankung erkannt, unter Umständen zwar die bedrohlichen Anfälle überwinden können, aber nicht dauernd gesunden, sondern als Folge der langdauernden, durch den Spasmus bedingten Hemmung der Defäkation alle die beschriebenen Mißbildungen erwerben können, die als angeborene jetzt bezeichnet werden, aus dem alleinigen Grunde, weil ein mechanisches Hindernis für die Darmentleerung nicht festgestellt werden konnte. Damit ist aber schon die für unseren Fall eruierte Ursache verallgemeinert, und es fragt sich, inwieweit die Krankengeschichten anderer Fälle eine solche Auffassung der Ätiologie zulassen oder ihr widersprechen.

Die natürlichste und dem Unbefangenen nächstliegende Erklärung der Obstipation ist die Annahme eines mechanischen Hindernisses und die Dilatation ist dann die Folge der Kotretention."

Die Arbeit schließt:

„Nach meinen Beobachtungen folgt eine Kontraktion der glatten Muskulatur fast regelmäßig auf die Kontraktion des Sphincter externus. Sehr häufig habe ich bei Säuglingen im eklamptischen Anfall feststellen können, daß die glatte Muskulatur des unteren Rektums ebenso

wie der Sphincter externus anfallsweise sich spastisch kontrahiert. Wenn bei Tetanie nach mehreren Kalomelgaben kein Stuhl erfolgte, konnte ich die Ursache davon in einem Spasmus nicht nur des Sphincter externus, sondern auch höherer Darmabschnitte finden, nach deren Lösung ausgiebiger und reichlicher Stuhl erfolgte. Seit Jahren habe ich nach dieser Erkenntnis nie wieder das beliebte Kalomel und auch kein Rizinusöl in solchen Fällen gegeben, bin mit Phosphorlebertran und Extr. Belladonnae viel besser ausgekommen.

Vielleicht war es die Kenntnis dieser Spasmen der glatten Muskulatur bei Spasmophilie, daß ich in diesem Fall Hirschsprungscher Krankheit die Ätiologie klar erkannte, ob aber weiter als Ursache des Sphinkterspasmus und der spastischen Kontraktur des Darmes eine Spasmophilie in unserem Fall anzusprechen ist, möchte ich dahingestellt sein lassen. Sollte mir in Zukunft ein Fall Hirschsprungscher Krankheit wieder vorkommen, würde ich jedenfalls, durch den berichteten Fall belehrt und bei der Erfolglosigkeit aller anderen Maßnahmen, energisch antispasmotische Mittel, in erster Linie Extrakt. Belladonnae per os und per clysma oder in Suppositorien, eventuell Atropin verwenden.

Grätzer.

A. Reiche, Über den diagnostischen Wert tastbarer Kubitaldrüsen bei Säuglingen. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhaus in Berlin-Rummelsburg.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Januar 1908.) R. gibt selbst am Schlusse seiner Arbeit folgendes Resumé über dieselbe:

Wir sehen, daß unter 220 nicht an Lues congenita leidenden Säuglingen bei 45 Kubitaldrüsen gefunden wurden. Diese Kinder deshalb für luetisch zu erklären, ist nach dem ganzen Krankheitsverlauf und der körperlichen Entwicklung jedes dieser Säuglinge nicht angängig.

Mithin beweist unser Material:

1. Tastbare Kubitaldrüsen kommen zwar sehr häufig bei Lues congenita vor (9 von 13), sie sind ein Ausdruck der allgemeinen Drüsenschwellung oder haben ihre Ursache in den häufigen luetischen Onychien, Paronychien oder Osteochondritis im Bereich der Unterarmknochen.

2. Sie beruhen aber nicht ausschließlich auf Lues, sondern können bei jeder Entzündung in ihrem Quellgebiet derart anschwellen, daß sie tastbar werden.

3. Sie sind nur mit Vorsicht bei der Diagnosenstellung der Lues zu verwerten und nur dann, wenn noch andere Symptome den Verdacht auf Lues unterstützen.

4. Es ist daher nicht angängig, ihre Bedeutung für die Diagnose Lues congenita mit der Schärfe hervorzuheben, wie es Hochsinger tut; das könnte einmal unnötige Beunruhigung hervorrufen oder zu Fehldiagnosen Anlaß geben.

5. Auch die Tastbarkeit der seitlichen Thoraxlymphdrüsen ist nur mit Vorsicht zu verwerten.

Unsere Untersuchungen auf seitliche Thoraxdrüsen machen aber nicht den Anspruch, die Frage über die Bedeutung dieser Drüsen zu

entscheiden. Wir haben ihnen erst in der letzten Zeit größere Beachtung geschenkt. Sicher ist, daß man sie nicht häufig abtasten kann. Ob man aber berechtigt ist, ihre Anschwellung immer auf Lues oder Tuberkulose zurückzuführen, ist doch sehr fraglich. Man kann sie eben nur fühlen, wenn sie eine gewisse Größe erlangt haben, da die kleineren in den Zwischenrippengeweben eine zu weiche Unterlage haben.

Bei einem unserer Fälle wurde in vivo an der rechten Thoraxseite eine kleine Drüse gefühlt. Bei der Sektion (4 Tage später) fand sich rechts eine gut hanfkorngroße und links eine gut traubenkerngroße Drüse; makroskopisch wurden bronchopneumonische Herde, dagegen keine Zeichen von Tuberkulose oder Lues gefunden (auch mikroskopisch nicht).

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über die Drüsenschwellung im allgemeinen. Wir sahen, daß unter 28 Ammenkindern 13 sich befanden, bei denen niemals Drüsen tastbar waren, während unter den übrigen 215 Kindern nur verschwindend wenige (noch sehr junge) ohne tastbaren Drüsenbefund waren. Das beweist (im Gegensatz zu Baers Ansicht), daß jede tastbare Drüse pathologisch geschwollen ist und auf irgendeine Erkrankung in ihrem Quellgebiet oder des gesamten Organismus hinweist.

Grätzer.

G. Joachimsthal, Weitere Mitteilungen über Hyperphalangie. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 462.) J. berichtet im Anschluß an seine früheren, bei zwei Schwestern beschriebenen Fälle von Gliederung der Zeigefinger in vier Phalangen über drei weitere Beobachtungen von Hyperphalangie.

Bei dem ersten, 23jährigen Patienten ist es von besonderem Interesse, daß wir neben der rechterseits am Mittelfinger erfolgten kompletten Spaltung in vier voneinander getrennte Skelettabschnitte linkerseits einmal an der Basis der Grundphalanx des Zeigefingers, namentlich aber in dem Mittelstück des rechten Mittelfingergliedes Vorstufen von Trennungsvorgängen in Gestalt von Einkerbungen finden. An der letzterwähnten Stelle geht diese Spaltung durch zwei Drittel des Knochens hindurch. Bei der zweiten, 72jährigen Patientin, der Großmutter des ersten Kranken, bestand wiederum eine zweifellose Spaltung in vier getrennte Skeletteile an beiden Mittelfingern.

Bei dem dritten Patienten, einem zwischen dem 7. und 14. Lebensjahre wiederholt auch mit Hilfe des Röntgenverfahrens untersuchten Knaben, konstatierte J. das durchaus von der Norm abweichende Vorkommen zweier Epiphysenkerne am Daumenmetacarpale, das Vorhandensein auch eines proximalen Kernes am zweiten Mittelhandknochen. Weiterhin fand J. eine auffallende Größe und Formgestaltung der proximalen Epiphyse der Grundphalanx, die sich zu einem selbständigen Knochen umzuwandeln begann, und das Vorhandensein auch distaler Knochenkerne an den Grundphalangen. Endlich traf das Fehlen der proximalen Epiphysen an den Mittelgliedern des Mittel-, Zeige- und kleinen Fingers mit einer erheblichen Kleinheit dieser Phalangen zusammen.

Autoreferat.

E. Barth (Berlin), Über die Physiologie der Tonsillen und die Indikation zu ihrer Abtragung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 49.) B. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Tonsillen sind Schutzapparate in demselben Sinne wie die Lymphdrüsen, ihre Zellenemigration befähigt sie noch zu besonderen Schutzleistungen. Die Hypertrophie kann als Ausdruck gesteigerter Funktion gelten. Für die Abtragung hypertrophischer Tonsillen sind die örtlichen Störungen maßgebend, welche durch sie bedingt werden. Tonsillen, auch wenn sie nicht hypertrophisch, welche aber infolge vorausgegangener Entzündung nekrotische Herde oder Abszesse enthalten, müssen von diesen nach chirurgischen Grundsätzen befreit werden, da sie neben örtlichen Störungen die Möglichkeit einer Allgemeininfektion bieten (Sepsis, Pyämie, Rheumatismus u. a.). In technischer Beziehung ist die Abtragung der Rachenmandel so zu gestalten, daß an ihre Stelle später kein Narbengewebe tritt, sondern, daß der Charakter der Schleimhaut erhalten bleibt. Grätzer.

L. Langstein, Das Problem der künstlichen Ernährung der Säuglinge. (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 48.) Vortrag gehalten in der Berliner mediz. Gesellschaft (s. den Vereinsteil in dieser Nummer). Grätzer.

Th. Escherich, Zur Organisation der Säuglingsfürsorge mit spezieller Berücksichtigung der Wiener Schutzstelle. (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 48.) Das Wiener System der Säuglingsfürsorge ist ein anderes als das Berliner. E. hebt die Vorzüge des ersteren hervor, besonders das Streben, die Kinder möglichst bald nach der Geburt der ärztlichen Überwachung zu überweisen, wo sie noch gesund sind. Stillprämien in Form von Geldgaben hält E. für unzweckmäßig. Grätzer.

W. Schultz, Erfahrungen mit dem Meningokokkenheilserum bei Genickstarrekranken. (Aus dem Stadtkrankenhause in Posen.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 52.) Von 23 mit Serum behandelten Fällen starben 13, also 56,5 % Mortalität.

Von 41 ohne Serum Behandelten starben 22, also 53,7 % Mortalität, wobei indessen erwähnt werden muß, daß zu letzteren ein Patient, der an einem späten Krankheitstage mit zweifelhafter, ad malam neigender Prognose entlassen werden mußte, hinzugerechnet werden kann. Die Gesamtmortalität kann also als gleich angesehen werden.

Von denjenigen Kranken, deren Injektion innerhalb der ersten Krankheitswoche begann — es sind dies 15 —, starben 8, geheilt wurden 7, also Mortalität 53,3 %.

Wassermann leitet eine Ermutigung für die Fortsetzung der Therapie aus folgender Betrachtung her:

Nach seiner Statistik starben von solchen Kranken, deren

Serumtherapie in der ersten Woche begann, 35,1 %
" " " zweiten " " 55 "
" nach zwei Wochen " 81 "

Sch.s Statistik über 37 nicht mit Serum behandelte Fälle lautet:

Bei Beginn der Krankenhausbehandlung

in der ersten Woche	35 %	Mortalität,
„ „ zweiten „	50 „	„
später	100 „	„

Mit anderen Worten: auch bei nicht serotherapeutisch behandelten Fällen verschlechtert sich hier vom Standpunkte des Krankenhausstatistikers die Prognose des Einzelfalles mit der Zunahme der vorhergegangenen Krankheitsdauer.

Sch. schließt, daß wir heute noch nicht in der Lage sind, die epidemische Genickstarre mit Kolle-Wassermannschem Serum genügend nachhaltig zu bekämpfen. Grätzer.

H. Vörner, Alternierendes Auftreten von Purpura rheumatica und Erythema exsudativum multiforme Hebrae. (Aus der Leipziger mediz. Universitätspoliklinik.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 53.) Bei einem 10jährigen Knaben traten die beiden Hautaffektionen abwechselnd auf und ihre Effloreszenzen gingen sogar ineinander über, so daß es manchmal schwer fiel, zu entscheiden, ob sie noch der einen oder anderen Kategorie angehörten. Dies ging so etwa ein Vierteljahr lang, dann verschwanden beide Affektionen. Grätzer.

H. Brassert, Spätläsion des Ulnaris. (Aus der Nervenpoliklinik des Albertzweigvereins Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 53.) Oppenheim hat auf jene Spätlähmungen des Ulnaris aufmerksam gemacht, die infolge von Verletzungen und Affektionen anderer Art am Ellenbogengelenk, durch Kallusbildung oder narbige Verwachsungen hervorgerufen, nach vielen Jahren erst in die Erscheinung treten. Weber beobachtete eine Frau, die als Kind im Anschluß an Pocken eine eitrige Ellenbogengelenksentzündung durchgemacht hatte und 30 Jahre später eine Neuritis des entsprechenden Ulnaris bekam, und auch Bernhardt erwähnt das Vorkommen von Ulnarisläsionen bei Personen, die viele Jahre vorher Verletzungen am Ellenbogen erlitten.

B. bekam nun einen 48jährigen Maschinisten in Behandlung, der seit einigen Wochen Erscheinungen aufwies, die sich als Parese des rechten Ulnaris charakterisierten. Patient hatte im Jahre 1875 Scharlach durchgemacht, im Anschluß daran schwere eitrige Prozesse in beiden Ellenbogengelenken. Die Röntgenuntersuchung des rechten Ellenbogengelenks zeigte jetzt unförmige deformierende Verdickungen und knöcherne Wucherungen, fast gleichmäßig das untere Ende des Humerus, dessen innerer Kondylus wie aufgefasert aussieht, und die oberen Enden von Radius und Ulna betreffend, die zudem hier beide auffallend verbogen und dicht unterhalb des Ellenbogens durch eine knöcherne Brücke verbunden erscheinen.

Angesichts dieser Veränderungen ist es kaum zweifelhaft, daß die Ulnarisaffektion von hier ihren Ausgang genommen hat, indem sehr wahrscheinlich der Nervenstamm gedrückt oder sonstwie in seiner Lage beeinträchtigt wurde. Die Störung hat sich erst Jahrzehnte nach Ablauf jenes Ellenbogengelenksprozesses ausgebildet. Für eine andere Ätiolgie sprach nichts. Grätzer.

W. Fischer (Marburg), Kasuistischer Beitrag zur Frage der Prognose beim Verschlucken von Fremdkörpern mit ungünstiger Oberfläche. (Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 53.) Ein 10 monatiges Kind verschluckte eine Sicherheitsnadel, welche erst 4 Wochen später in geöffnetem Zustande, völlig in Kot gehüllt, zum Vorschein kam. In dieser ganzen Zeit zeigten sich nur Durchfälle, und das Kind schrie manchmal plötzlich auf. Das deutet darauf hin, daß die Nadel mehrmals sich einspießte und Arrosionen der Darmschleimhaut bewirkte. In der letzten Zeit vor dem Ausstoßen der Nadel verschwanden die Durchfälle und Schmerzanfälle, wohl weil der Fremdkörper nach Passieren der Ileozökalklappe im Kolon ein größeres Lumen vorfand, sich nicht so leicht festhalten konnte und von größeren, sich eindickenden Kotmassen fest umhüllt wurde.

Es ist hier fast als ein Glück zu betrachten, daß die Eltern gar nicht wußten, in welcher Gefahr das Kind 4 Wochen lang schwebte; so blieb ihnen manche unruhige Stunde erspart. Grätzer.

W. Lublinski (Berlin), Röteln und sekundäre Angina. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 53.) Ein 15 jähriges Mädchen, das früher Masern und Scharlach gehabt und seitdem sehr oft Anginen bekommen hat, erkrankt an Röteln, die sich mit einer schweren Angina komplizieren. Von dieser sagt L.:

„Wir hatten es also mit einer schweren Angina zu tun, die allerdings nicht in Eiterung überging, aber ihrem Beginn und ihrem Verlauf nach ganz den Anschein eines phlegmonösen Prozesses hatte. Am meisten erinnerte sie an eine beginnende bösartige Scharlachangina. Lymphadenitis, floràhnlicher Belag der Tonsillen, hohes Fieber waren vorhanden, im weiteren Verlauf unterschied sie sich sichtlich, besonders durch das Fehlen der Geschwürs- und Gangränbildung und der sonstigen Komplikationen. Jedenfalls zeigt auch diese Beobachtung, daß die Röteln nicht immer so harmlos verlaufen, wie es bei uns noch fast allgemein angenommen wird.“ Grätzer.

H. Christ (Riehen), Über Polymastie. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 52.) Ch. beschreibt einen Fall, in welchem Polymastie, Erkrankung bzw. Minderwertigkeit der Lungen, Zwillingsgeburt sich in folgender Weise vereinigt fanden:

Frau AB, Italienerin, hatte primipar Zwillinge, welche bald nach der Geburt starben. Nachher gebar sie noch 3 einzelne Kinder: 2 Söhne — welche zurzeit gesund sind — und 1 Tochter CD. AB war eine robuste, stets gesunde Frau, welche ihre Kinder selbst während langer Zeit stillte. Über ihre Brüste ist nichts weiteres bekannt. AB starb ca. 37 Jahre alt an einer nur wenige Tage dauernden Lungenentzündung.

Frau CD, das jüngste Kind der AB, hatte ein Paar überzählige Mamillen unter- und innerhalb der normalen Brüste. CD starb, 28 Jahre alt, an tuberkulöser Lungenphthise.

CDs einziges Kind, EF, Mädchen, zeigt keine Polymastie.

Der besonders innige hereditäre Zusammenhang zwischen AB und CD wird auch durch folgendes Verhalten illustriert:

AB war dunkelbrünett, ihr Gatte ein blauäugiger Deutscher. ABs Söhne sind blauäugig. CD war brünett und braunäugig. EF ist blauäugig.

Grätzer.

L. Langstein, Notiz über die Behandlung der Dermatitis exfoliativa. (Therap. Monatshefte. Dezember 1907.) „Auf Anregung meines Chefs, des Geh.-Rats Heubner, habe ich in Fällen hochgradigster Epidermolyse dieselbe Behandlung der Erkrankung eingeleitet, die bei uns dem schweren intertriginösen Ekzem der Säuglinge gegenüber mit ausgezeichnetem Erfolge geübt wird. Sie besteht in der Vermeidung jeglichen Verbandes und jeglicher Salbe im akuten Stadium, in der Anwendung von losen Umschlägen mit verdünnter essigsaurer Tonerde auf stark entzündeten Partien, hinterher im Bepinseln dieser mit einer 3%igen Lösung von Argentum nitricum und ein- bis zweimal täglich vorgenommenen Tanninbädern (20 g Acidum tannicum auf 20 Liter Wasser). Nach der Herausnahme aus dem Bade werden die Kinder gut abgetrocknet und gepudert. Wir bedienten uns mit Vorliebe des ½%igen Lenicetsilberpuders.

Auf diese Weise kamen auch sehr schwere Fälle in relativ kurzer Zeit (ein bis zwei Wochen) zur Abheilung. Vor Salbenverbänden hingegen im akuten Stadium glauben wir warnen zu müssen, weil leicht Sekretverhaltung und deren unangenehme Folgen die Heilung verzögern können.

Da wir die Dermatitis exfoliativa für sehr kontagiös halten, ist in dieser Hinsicht das Pflegepersonal entsprechend zu instruieren. Es verbietet sich auch aus diesem Grunde, solche Kinder im akuten Stadium der Erkrankung an die Brust zu legen; sie würden wohl auch nicht imstande sein, zu trinken, da die stark schmerzhaften Lippenrhagaden wie auch das Befallensein der Mundschleimhaut sie daran hindern würden. Wir müssen ihnen daher am besten kleine Quantitäten abgezogener Frauenmilch einflößen.

Komplikationen erfordern ihre spezielle Behandlung. Hinzutretende Sepsis läßt die Erkrankung fast immer letal endigen.

Grätzer.

Ludwig Seitz (München), Die operative Behandlung intrakranieller Blutergüsse bei Neugeborenen. (Zentralbl. f. Gynäk. 1907. Nr. 30.) Die Lehre vom Hirndruck hat S. auf den fötalen Schädel und seine Veränderungen während der Geburt angewendet und ist dabei zu folgenden zwei praktisch wichtigen Resultaten gekommen:

„1. Größere intrakranielle Blutungen machen ganz bestimmte Hirndrucksymptome, die meist nicht nur die allgemeine Diagnose auf eine intrakranielle Blutung ermöglichen, sondern auch gestatten, den Sitz der Blutung (ober- oder unterhalb des Tentoriums, rechte oder linke Seite des Großhirns) zu erkennen.

2. Die Blutungen über der Großhirnhemisphäre (rein supratentoriale Blutungen) sind fast ausnahmslos einseitig; Kinder mit solchen Blutungen können mehrere Tage am Leben bleiben, gehen aber schließlich unter Zunahme der Hirndrucksymptome zugrunde. Von dieser Erfahrung ausgehend habe ich für die Fälle, bei denen die Hirndruck-

symptome einen progressiven Charakter haben, vorgeschlagen, die Trepanation und die Entleerung des Hämatoms vorzunehmen.“

Er berichtet dann über einen solchen von ihm operierten Fall mit ausführlicher Epikrise und schließt eine weitere Beobachtung an, die seine Theorie bestätigt und Licht in manche rätselhaften Todesfälle Neugeborener wirft: „Leichte spontane Geburt einer Erstgebärenden mit kaum asphyktischem ausgetragenen Kinde, das am ersten Tage regelmäßig atmet, trinkt und schläft, dann aber Anfälle von Zyanose, Atemkrämpfe, auch klonische Krämpfe in der rechten oberen und unteren Extremität und andere wechselnde Krämpfe zeigt. Unter zunehmender Zyanose und merkwürdiger graubläulicher Hautverfärbung tritt 48 Stunden nach der Geburt der Exitus ein. Ursache: Infratenitoriale Blutung über Kleinhirn und Medulla oblongata, sekundärer Übertritt einer ganz kleinen Blutmenge in die linke Großhirnhemisphäre.“

Wegscheider.

L. M. Bossi (Genua), Über die Prophylaxe der Beckendifformitäten infolge von Rachitis. (Zentralbl. f. Gynäk. 1907. Nr. 50.) B. hat durch Darreichung von Nebennierenextrakt (von Schafen) bei vielen osteomalakischen Frauen, die geheilt wurden, bewiesen, „daß die Nebennieren einen wichtigen Einfluß auf das Skelett ausüben; sie befördern die Ablagerung der kalkartigen Salze, und verhindern die pathologischen Kalkverluste. Bei den Schafen, wo ich eine Nebenniere herausgenommen hatte, habe ich gefunden, daß in dem Harn abnorme Salzmengen nachzuweisen waren. Diese Resultate haben mich veranlaßt, den Extrakt der Nebenniere anzuwenden, um die Knochenverbiegungen des Beckens, die bei den Kindern infolge von Rachitis entstehen, zu beseitigen.“ „Bei zwei kleinen Mädchen habe ich schon Extrakt von Nebennieren gegeben. Die Resultate waren sehr gut. Diese vorläufige Mitteilung soll die Kollegen veranlassen, meine Experimente zu prüfen.“

Dieser Erklärung vom 7. August 1907 fügt B. die Angabe hinzu, daß am 2. Oktober 1907 auf dem Kongresse der Pädiatrie in Padua von Jovane (Neapel) und Jemma (Palermo) die guten Resultate der Behandlung der Rachitis mit der B.schen Methode von Adrenalin in 28 Fällen bestätigt wurden.

Wegscheider.

von Herff (Basel), Kann man die Zahl der Erkrankungen an Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoica verringern? (Gynäk. Rundschau. 1907. Heft 19.) In Basel erkranken noch 7 pro mille (im Spital nur 2,7 pro mille) der Neugeborenen an Blennorrhoe; da es meist uneheliche Kinder sind, die erkranken, möchte Verf. für diese die Credéisierung zwangsweise eingeführt sehen; bei den ehelichen Neugeborenen soll man sie prinzipiell versuchen, nur bei Widerstand der Eltern unterlassen. Da der Verf. bei Anwendung der Höllensteinlösung in 30% Reizerscheinungen sah, hat er neuerdings in 540 Fällen Sophol (einem Salizylsäureester?) in 10% und 5%iger Lösung ohne Erkrankung angewendet und nur 10% Reizerscheinungen beobachtet.

Wegscheider.

Carl Leiner, Über Erythrodermia desquamativa, eine eigenartige universelle Dermatose der Brustkinder. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1908. Bd. 89.) Die von dem Verf. mit obigem Namen

bezeichnete Dermatose stellt eine eigenartige universelle Hauterkrankung dar, die in einer leichten Entzündung der ganzen Hautdecke, einer Desquamation der Epidermis und einer Seborrhoea capitis besteht. Sie ist eine echte Säuglingsdermatose, die noch deshalb ein besonderes Interesse erregt, weil fast ausschließlich Brustkinder von ihr bedroht werden, die in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatze dieser Erkrankung zum Opfer fallen. Ätiologisch handelt es sich wahrscheinlich um ein autotoxisches Erythem, das mit den Darmstörungen der Kinder in Zusammenhang zu bringen ist. Jedenfalls ist die Affektion vollständig von der Dermatitis exfoliativa Ritter zu trennen.

Max Joseph (Berlin).

Magnus, Zur pathologischen Anatomie des kongenitalen Totalstars. (Aus der Univers.-Augenklinik Greifswald.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juli 1907.) Die vier kongenitalen Linsentrübungen: der Schichtstar, Zentralstar, Spindelstar und Totalstar wurden, ehe pathologisch-anatomische Befunde vorlagen, für völlig getrennte Krankheitsbilder gehalten. Der hier ausführlich beschriebene Totalstar ist nach seiner Struktur als ein besonders schwerer Schichtstar aufzufassen.

Es handelte sich um eine doppelseitige, angeborene Totalkatarakt bei einem 5 Monate alten, kräftigen, gut genährten Kinde ohne alle Zeichen von Rachitis oder anderen Krankheiten. Als der Hausarzt die Pupillen zum erstenmal sah, waren sie grau. Das Kind wendet den Blick nach dem Licht, es ist also Projektion vorhanden.

Die Operation wurde beiderseits im Zwischenraum von 9 Tagen ausgeführt, ohne Iridektomie, in Chlorformnarkose. Die Heilung verlief gut; das Kind konnte nach 20 Tagen geheilt und sehend entlassen werden.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

L. Naumann, Über maligne Blennorrhöe der Neugeborenen. (Aus der Privatklinik von Dr. Kaiser, Dresden.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 50.) N. berichtet über einen jener seltenen Fälle, wo die Affektion schon sehr frühzeitig zum Ausbruch kommt, und gibt folgende Krankengeschichte und Epikrise:

Frau P., 28 Jahre alt, akquirierte im Frühjahr 1903 eine Gonorrhöe. Im Anschlusse hieran war sie in den folgenden Monaten wegen Parametritis posterior und linksseitiger Oophoritis in gynäkologischer Behandlung, hatte im Herbst 1903 einen Abort und konzipierte aufs neue im Januar 1906, nachdem sie die Zwischenzeit über ohne Beschwerden gewesen war. Am 22. September 1906 erfolgte, drei Wochen vor dem Endtermin, vorzeitig der Blasensprung; am 24. September, früh 1 Uhr, wurde ein Mädchen mittels Zange geboren.

Das Kind war sehr klein. Bereits unmittelbar nach der Geburt zeigte sich deutliche Rötung und Schwellung an der Konjunktiva beider Augen, sowie eitrige Sekretion mäßigen Grades. 8 Uhr morgens — also schon nach sieben Stunden — mußte bereits eine Trübung beider Korneae festgestellt werden. Das Kind wurde daraufhin sofort in spezialistische Behandlung gegeben, wobei über den ferneren Verlauf folgendes notiert wurde:

Aufnahmestatus (8 Stunden nach der Geburt): Augenlider beiderseits geschwollen und gerötet. Eitrige Sekretion, besonders rechts. Beiderseits Trübungen der Kornea.

30. September. Kornea beiderseits weiß getrübt und prominent.

9. Oktober. Starke eitrige Sekretion, mikroskopisch reichlich Gonokokken im Sekrete nachweisbar.

13. Oktober. Zunahme der Hornhautinfiltration.

14. Oktober. Eintritt der Perforation am rechten Auge, unten außen und Entbindung der Linse spontan.

18. Oktober. Spontane Perforation am linken Auge. Entbindung der Linse in toto. Bulbus stark kollabiert.

Am 25. Oktober wurde das Kind, auf beiden Augen erblindet, aus der Behandlung entlassen.

Weitere Nachforschungen bei den Eltern ergaben, daß der letzte Koitus vor der Geburt angeblich am 7. September, also über zwei Wochen vor der Geburt des Kindes, ausgeübt worden war. Der Ehegatte leugnete zwar spezifische Infektion, doch gab er zu, drei Tage vor der Geburt einen Harnröhrenausfluß bekommen zu haben und am Tage des Blasensprunges zum ersten Male deswegen einen Arzt konsultiert zu haben. In der Folge hat er an Zystitis und Pyelitis wochenlang schwer krank gelegen. An der Mutter gelang es nicht, Gonokokken nachzuweisen, auch klinisch fanden sich keine Zeichen von Gonorrhöe.

Es handelt sich indessen hier zweifellos um eine erneute Infektion der Mutter von seiten ihres Ehegatten, womit sich übrigens wahrscheinlich auch die hohe Virulenz der Erreger und die Bösartigkeit der ganzen Krankheit erklärt, zumal da das frühgeborene Kind wenig Widerstand bot. Nur durch den vorzeitigen Blasensprung kann im vorliegenden Falle die frühe Infektion der kindlichen Bindehäute ermöglicht worden sein, wie denn überhaupt in den wenigen in der Literatur mitgeteilten Krankengeschichten von frühzeitig aufgetretener Ophthalmoblennorrhoe der vorzeitige Blasensprung fast regelmäßig als kausales Moment notiert ist. So berichtet z. B. Krukenberg über ein Kind, bei dem sofort nach der Geburt eine gonorrhoische Augenentzündung auftrat; Blasensprung zwei Tage vor Austritt des Kindes. Keller erlebte ebenfalls einen Fall von gonorrhoischer Ophthalmoblennorrhöe, unmittelbar nach der Geburt einsetzend, Blasensprung 17 Stunden vor der Ausstoßung, ebenso Runge bei einer Geburt, 54 Stunden nach dem Fruchtwasserabfluß. Hirschberg sah zwölf Stunden nach der Geburt doppelseitige Blennorrhöe mit Trübung der Korneae, die Blase war hier drei Tage vor der Geburt des Kindes gesprungen.

Man wird somit wohl den vorzeitigen Sprung der Fruchtblase als Conditio sine qua non für das Zustandekommen der Frühinfektion der kindlichen Bindehäute mit Gonokokken ansprechen müssen, zumal da in jenen anderen spärlichen, bisher veröffentlichten Fällen von frühzeitig ausgebrochener Ophthalmoblennorrhöe, wo der Verlauf der vorangegangenen Geburt normal gewesen war, soweit ich die Literatur überblicke, ein Gonokokkennachweis noch nicht gelungen zu sein scheint.

Grätzer.

F. v. Mandach, Invagination des Ileum infolge eines Meckelschen Divertikels. Heilung durch Operation. (Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 23.) „Schulfall" einer vitalen, deszendierenden, gedoppelten, d. h. fünfzylindrigen Invagination der Ileozökalgegend infolge der Einstülpung eines Meckelschen Divertikels.

Grätzer.

G. Rheiner, Über Phimosis im Kindesalter. (Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1907. Nr. 23.) Es wird viel zu oft

im frühen Kindesalter operativ eingeschritten, gar häufig, wo es durchaus nicht nötig ist. Man halte sich vor Augen, daß die Vorhaut normalerweise in den ersten Lebensmonaten etwas eng ist. Man denke ferner daran, daß manche Affektionen, wie Rektumprolaps, Nabelhernie, Zystitis nicht immer Folgen einer Phimose zu sein brauchen, sondern daß sie nicht selten ganz unabhängig von dieser bestehen, ja bisweilen das Primäre sind und erst ihrerseits eine Verengerung veranlassen.

Bemerkenswert ist endlich folgender Abschnitt aus der Arbeit R.s:

„Auf Grund vieler eigener Beobachtungen habe ich zum Schluß meiner Darstellungen noch mit Nachdruck auf die Tatsache hinzuweisen, daß relativ oft anhaltende, dabei etwa gleichwohl vergebliche Abmühung der Bauchpresse zumal im Säuglingsalter Zustände schaffen kann, die fälschlicherweise zur Annahme einer Phimose führen, welche operiert werden müsse. Zur Vermeidung der Weitschweifigkeit verzichte ich auf spezielle Anführung kasuistischer Fälle und verbreite mich nur resumierend über das in Frage stehende Thema. Jeder Arzt hat reichlich Gelegenheit, Kinder aller Altersstufen zu beobachten, welche von jeher aus irgendwelchem Grunde (Erblichkeit, übermäßige oder unzweckmäßige Ernährung, Fissura ani usw.) an Obstructio alvi leiden, nur ein- oder zweimal per Woche mit großer Anstrengung, hochrotem Kopf und besonders im Säuglingsalter mit viel Geschrei einige kirschengroße Scybala ausscheiden. Durch die starke Kotanhäufung und Gasauftreibung kann das Abdomen so stark aufgetrieben und teilweise druckempfindlich werden, daß selbst Henoch, der Altmeister der Pädiatrie, sich etwa anfangs des Verdachts einer chronischen Peritonitis nicht erwehren konnte. Dem zugezogenen Arzt wird mitgeteilt, daß das Kind sehr oft gelegentlich seiner Schmerzanfälle, die auch einige Stunden nach voluminöser Stuhlentleerung auftreten können, Erectio membri aufweise, wobei kleine Mengen Urin abgehen. Die Untersuchung ergibt normale Organverhältnisse, nur mäßige Nabelhernie, Neigung zu Rektalprolaps und ein etwas eng erscheinendes Orificium urethrae. Diagnose folglich: primäre angeborene Phimose mit sekundärer Harnverhaltung, Auspressen von Nabel und Rektalschleimhaut. Therapie: Operation der Präputialstenose. Ihr Erfolg ist null, die Beschwerden bleiben dieselben, denn der Zusammenhang letzterer war ganz anders, als man annahm, nämlich Kotstauung oder dyspeptische Prozesse im untern Darmabschnitt, reflektorische zeitweise Reizung der Nn. erigentes membri durch Vermittlung der Nn. mesenterici, welche vom Ganglion mesentericum inf. zum Plexus hypogastricus ziehen, Hyperämie der Corp. cavernosa penis mit Volumvermehrung des letztern und Anspannung des physiologisch engen Orif. ext. praep., ohne daß es sich um eine pathologische Phimose handelt. Beseitigung des ursächlichen Prozesses schafft Abhilfe."

Grätzer.

André Chalier (Lyon), Pathogénie de l'albuminurie orthostatique. Son origine fréquemment tuberculeuse. (La presse médicale. 1907. Nr. 36.) Der Verf. spricht in seinem Aufsatze, gemäß der Lehre von Poncet, die Ansicht aus, daß es sich bei der orthostatischen Albuminurie nicht um eine einfache funktionelle Erscheinung handelt, sondern daß dieselbe entweder nephritischen oder tuber-

kulösen Ursprunges sei. In letzterem Falle würde es sich nicht um eine direkte Tuberkulose der Niere handeln, sondern um den Einfluß tuberkulöser Toxine einer entfernter lokalisierten tuberkulösen Erkrankung. Oft beobachtet man eine derartige Erscheinung bei einem Individuum, welches sonst einen gesunden Eindruck macht und bei welchem also die orthostatische Albuminurie die einzige Manifestation ist, welche auf die tuberkulöse Affektion hindeutet. So gewinnt die in Rede stehende Erscheinung eine in prognostischer Beziehung besondere Bedeutung, indem sie nicht nur auf eine Nierenerkrankung, die sich verschlimmern kann, hindeutet, sondern auch auf eine tuberkulöse Lokalisation, die anderen bazillären Erscheinungen vorangehen kann.

Auf diese Weise erweitert sich der Rahmen der tuberkulösen Erkrankungen der Niere. Es muß angenommen werden, daß außer den spezifischen Erscheinungen der Nierentuberkulose, die durch Granulationen, Tuberkel, käsige Massen, Kavernen usw. charakterisiert sind, nicht spezifische Läsionen auftreten, die nur einen tuberkulösen Ursprung haben und in Wirklichkeit eine entzündliche Tuberkulose der Nieren darstellen. Dieselbe sind epitheliale Veränderungen oder skleröse Läsionen von banalem Aussehen, aber tuberkulösen Ursprunges. E. Toff (Braila).

G. Nicolle et **Dubos,** A propos du traitement de la morve. Un cas de morve humaine terminé par la guérison. (La presse médicale. 1907. Nr. 37.) Die Verff. beschreiben den Fall eines 17jährigen Burschen, welcher im Juli 1901 an Rotz erkrankt war. Die Infektion ging vom linken Auge aus und wurde die Diagnose sowohl experimentell als auch bakteriologisch festgestellt. Die Krankheit manifestierte sich unter Form zahlreicher, schmerzloser Knoten an verschiedenen Stellen des Körpers, welche chirurgisch entfernt wurden, doch nach kurzer Zeit rezidivierten. Ausgehend von dem Erfahrungssatze, daß Bovideen gegen Rotz refraktär sind, wurde dem Patienten alle 6 Tage, anfangs 5 und später je 10 ccm von normalem Kalbsserum subkutan injiziert und bald nach der ersten Einspritzung ein rasches Zurückgehen der Erscheinungen und eine stetig fortschreitende Resorption der farzinösen Knoten beobachtet.

Der betreffende Patient befindet sich auch heute wohl, und die Tatsache, daß nach so vielen Jahren keine Rezidive aufgetreten sind, berechtigt zum Schlusse, daß die Krankheit in definitiver Weise geheilt ist. Derartige Heilungen sind äußerst selten, und in Anbetracht der guten Wirkung, welche das Kalbsserum auf den morvösen Prozeß ausgeübt hat, empfehlen die Verff., diese Behandlungsmethode in allen einschlägigen Fällen neben Überernährung, Aufenthalt in freier Luft, Exstirpation der Knoten usw. anzuwenden. E. Toff (Braila).

E. Weil et **Lucien Thévenot** (Lyon), De la radioscopie dans la pneumonie de l'enfant. (Archives de méd. des enfants. 1907. Nr. 7.) Radioskopische Untersuchungen bei Kindern im Verlaufe einer Pneumonie sind von besonderem Nutzen, da in diesem Alter das Stellen einer Diagnose gewissen Schwierigkeiten unterliegt: es fehlt der Auswurf, physikalische Zeichen fehlen oder treten verspätet auf,

die Temperaturkurven sind atypisch und endlich ist das Auftreten des bei Kinderpneumonien häufigen abdominalen Schmerzpunktes in Verbindung mit Erbrechen zu berücksichtigen, welche Symptome oft die Diagnose auf Abwege leiten.

Die radioskopischen Untersuchungen sind berufen, in zweifelhaften Fällen Aufschluß zu geben, und haben die Untersuchungen der Verff. gezeigt, daß wahre Pneumonie mit fibrinösem Exsudate immer eine dunkle, gut umschriebene Zone auf dem radioskopischen Schirme erscheinen läßt. Lungenkrankheiten, die einen solchen Schatten nicht geben, können nicht als Pneumonien angesprochen werden, sondern es handelt sich entweder um Bronchopneumonien mit sehr zerstreuten Herden, oder um einfache kongestive Erscheinungen im Laufe einer Pneumokokkie. Diese Untersuchungen haben des weiteren gezeigt, daß die sogenannte zentrale Pneumonie nur sehr selten, geradezu ausnahmsweise vorkommt. E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Rumination chez une fille des trois ans. (Archives de méd. des enf. 1907. Nr. 7.) Es handelte sich um ein 3jähriges, von nervösen, aber sonst gesunden Eltern abstammendes Kind, welches Keuchhusten und Diarrhöen durchgemacht hatte, dann gesund wurde und mitten im besten Wohlsein und bei gutem Appetit zu wiederkäuen begonnen hatte. Die Nahrungsaufnahme geschah in normaler Weise, doch einige Minuten nach Beendigung der Mahlzeit begannen die genossenen Nahrungsmittel bissenweise wieder in den Mund zu gelangen, um dann wieder verschluckt zu werden. Dies dauerte gewöhnlich 2 Stunden oder auch mehr. Unangenehme Gefühle begleiteten diesen Vorgang keineswegs, das Kind schien vielmehr Vergnügen daran zu finden, namentlich wenn es sich um Nahrungsmittel handelte, die ihm besonders gut schmeckten. Das Allgemeinbefinden war sonst ein gutes.

Der Zustand ist im allgemeinen ein seltener; meist handelt es sich um neuropathisch belastete oder selbst neuropathische Kinder, so daß die Behandlung nicht nur eine symptomatische, sondern auch eine allgemein nervenstärkende (Bäder, Abreibungen) sein muß. Event. wäre auch Psychotherapie, Suggestion im wachen Zustande zu versuchen.

E. Toff (Braila).

L. Ribadeau-Dumas (Paris), Sur certaines formes de splénomégalie tuberculeuse. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Août 1907.) Schwellungen der Milz kommen oft im Verlaufe tuberkulöser Erkrankungen beim Kinde zur Beobachtung, können auch die ersten sichtbaren Erscheinungen der Krankheit darstellen. So gibt es Fälle, wo, außer einer Milz- und Lymphdrüsenhypertrophie keinerlei tuberkulöse Erscheinungen bei der Nekropsie zu finden sind, man eine Pseudoleukämie annehmen möchte und erst die histologische Untersuchung über die wahre Natur der Krankheit Aufklärung bringt. Man findet eine allgemeine Hyperplasie aller die Milz bildenden Gewebe, eine intensive Proliferation aller fixen und mobilen Milzzellen und außerdem eine große Anzahl von Zellen mit Keimkernen. Außerdem findet man mehr oder weniger zahlreiche tuberkulöse Knötchen, in welchen auch Kochsche Bazillen nachgewiesen werden können.

E. Toff (Braila).

L. Guinon et **Vielliard** (Paris), Les paroxysmes douloureux au cours du purpura chez l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Décembre 1907. p. 529.) Ein Symptom, welches im Verlaufe einer Purpura bei Kindern auftritt und dessen Kenntnis von praktischer Wichtigkeit ist, wird durch schmerzhafte abdominale Paroxysmen dargestellt. Während sich das Exanthem entwickelt, oft auch demselben vorangehend, bekommen die Kranken heftige, kolikartige Bauchschmerzen, Erbrechen und diarrhoische, mitunter auch blutig gefärbte Stuhlentleerungen. Die abdominalen Schmerzen sind am häufigsten zu beobachten, während die übrigen, Erbrechen und Diarrhöe, fehlen können. Es ist wichtig, über das Vorkommen dieser Erscheinungen orientiert zu sein, da dieselben zu verschiedenen Verwechslungen Veranlassung gegeben haben. Dies kann namentlich dann vorkommen, wenn die purpurische Eruption noch nicht zum Ausbruche gekommen ist. Es sind Verwechslungen mit Vergiftungen, Perforationen des Wurmfortsatzes und Darminvaginationen vorgekommen. In bezug auf letztere muß aber auch hervorgehoben werden, daß Invaginationen keine seltene Komplikation der Purpura darstellen und, daß von manchen sogar der in Rede stehende Symptomenkomplex der Purpura in allen Fällen auf Invagination zurückgeführt wird. Andere wieder nehmen eine nervöse Ätiologie an, oder auch das Vorkommen von Blutungen in die Darmwand, ähnlich denen, die in der Haut stattfinden.

Die Behandlung ist eine symptomatische; bei Auftreten von dysenterieformen Stühlen sieht man gute Erfolge von der Verabreichung von Natrium sulfuricum 3–6 g täglich, eventuell auch in Verbindung mit Natrium citricum 1—2 g täglich, falls auch Erbrechen besteht. Wasserdiät, später mehlige Abkochungen, dann Milch und Suppen parallel mit der Besserung der Symptome.

16 Krankengeschichten eigener und fremder Beobachtung beschließen den in obigen Zeilen nur kurz wiedergegebenen Aufsatz.

E. Toff (Braila).

Siredey und **Tinel,** Tuberkulöse Meningitis ohne Tuberkel. (La Clinique infantile. Mai 1907. Nr. 9.) Die interessante Beobachtung betrifft einen 16 jährigen Jüngling, der in komatösem Zustand eingeliefert worden war. Vor 15 Tagen unter Kopfschmerzen, Erbrechen und zunehmender Bewußtseinstrübung erkrankt, zeigte er bei der Aufnahme Nackenstarre, Photophobie, Abmagerung, Pupillenerweiterung, Unregelmäßigkeit des Pulses, Kernigsches Symptom und die Erscheinungen einer Lungenspitzenerkrankung. Die Lumbalflüssigkeit war durch eine ausgesprochene Lymphocytosis mit Polynukleären ausgezeichnet. 11 Tage später Exitus. Die genaueste Untersuchung vermochte weder in den Meningen noch in der Gehirnrinde tuberkulöse Granulationen nachzuweisen. Mit bloßem Auge betrachtet bestanden die Veränderungen in einer starken Hyperämie der Nervenzentren und in einer Überfüllung aller Gefäße. Die Meningen hatten ihre Transparenz verloren und waren stellenweise von milchig-trüben Verdickungen durchsetzt. Subarachnoidealraum und die Ventrikel enthielten eine meßbare Menge Flüssigkeit. In den Lungen ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen mit vielen

Tuberkelbazillen. Mikroskopisch boten die Meningen interessante Veränderungen: Zunächst eine diffuse Leukozyteninfiltration ohne eine Spur von tuberkulösen Granulationen; stellenweise waren die Zellen zu kleinen Noduli zusammengehäuft, aber nirgends fanden sich Tuberkel. Die hier gefundenen Veränderungen entsprachen somit den von Armand Delille beschriebenen Typus der diffusen Leukozyteninfiltration mit perivaskulärer Anhäufung und Knötchenbildung. Weder Riesenzellen noch käsige Degeneration irgendwo, überall dagegen im Bereich der Leukozyteninfiltration Kochsche Bazillen in großer Zahl, in besonderer Weise sind nur die Gefäße gruppiert, zu kleinen Konglomeraten stellenweise vereinigt, besonders reichlich auf der Außenseite der Gefäße, kurz, es handelte sich nach der mikroskopischen Prüfung zahlreicher Schnitte um eine meningeale Tuberkulose in der Form einer diffusen Leukozyteninfiltration mit reichlich Tuberkelbazillen, aber ohne Tuberkel. H. Netter (Pforzheim).

Genevrier, Natriumperborat als Desinficiens. (La Clinique infantile. August 1907.) Verf. verwendet diesen, von otologischer Seite bereits warm empfohlenen Körper in der Kinderpaxis an Stelle des Jodoforms, vor dem es eine Reihe Vorzüge haben soll: es ist billig, desinfizierend, desodorierend, geruchlos, reizlos, nicht toxisch und narbenfördernd; verwendbar auf der empfindlichsten Haut oder Schleimhaut, bringt kapilläre Blutungen zum Stehen und bildet selbst bei übermäßiger Anwendung keine Krusten. Es ist ein weißes Pulver, das sich bei 20° C. in Wasser zu etwa 2,5% löst und 10% aktiven Sauerstoff enthält. Es vereinigt die Wirkungen des Wasserstoffsuperoxyds mit denjenigen des Natriumborates. Bei der Erwärmung der wäßrigen Lösung und bei der Berührung mit organischen Substanzen tritt Zersetzung ein: aktiver Sauerstoff wird frei und Natrium boracicum bleibt übrig. H. Netter (Pforzheim).

De Arresse, Die Behandlung der Urininkontinenz durch retrorektale Injektionen von künstlichem Serum. (La Clinique infantile. August 1907. Nr. 16.) Jaboulay hält die Urininkontinenz für eine funktionelle Erkrankung des Hypogastricus und hat von retrorektalen Injektionen von 200 ccm Normalsalzlösung einen günstigen Einfluß auf das fragliche Leiden konstatieren können. Die Injektion geschieht vorn am Steißbein, während ein Finger im Mastdarm steckt. Verf. hat die Jaboulaysche Methode bei 3 Knaben im Alter von 7—15 Jahren geprüft. In dem ersten Fall, einer schon länger bestehenden Enuresis nocturna, genügte eine Injektion von 100 ccm, um das Leiden für einen Monat verschwinden zu lassen und in den folgenden 4 Monaten kam es dann nur 3—4 mal vor. Im zweiten Fall wurden 4 Injektionen von 80—130 ccm während 4 Wochen gegeben, allemal wenn ein neues nächtliches Malheur vorgekommen war. Nach der 4. Injektion trat eine 2 monatliche Pause ein. Im dritten Fall handelte es sich um ein nach Meningitis taubstumm gewordenes Kind, bei dem die Inkontinenz zurückgeführt wurde auf eine Adhärenz des Präputiums mit der Glans penis durch dicke fibröse Stränge. Inzisionen hatten sich als wirkungslos erwiesen. Nach 3 Injektionen zessierte die Inkontinenz für 6 Wochen. H. Netter (Pforzheim).

J. Thomson, Note on the peculiarities of the tongue in mongolism and on tongue-surking in their causation. (Brit. med. Journ. 4. Mai 1907.) Fast alle Besonderheiten, die das mongolische Kind auszeichnen, sind intrauterinen Ursprungs und schon bei der Geburt erkennbar. Die Zunge macht davon eine Ausnahme. Ihre scheinbare Hypertrophie kann sich schon bei der Geburt zeigen, aber ihre Schwellung ist viel mehr einer abnormen Enge des Mundes als einer wirklichen Volumzunahme der Zunge zuzuschreiben. Die Härte, die Desquamation, das Vorspringen der Papillen, die Fissuren fehlen bei der Geburt und zeigen sich erst später. Die Schwellung der Papillen kann zwischen dem dritten und neunten Monat auftreten; die Fissuren zeigen sich erstmals im Verlauf des dritten oder vierten Jahres, können schon ewas früher vorhanden sein oder bis zum sechsten Jahre ausbleiben. Höchstwahrscheinlich beruhen diese Veränderungen auf einer besonderen Beschaffenheit der Zungenschleimhaut, die, ebenso wie die Haut bei diesen Kindern, abnorm ist.

Das Aus- und Einsaugen der Zunge ist eine bei mongolischen Kindern sehr verbreitete Gewohnheit, bei 69 darauf untersuchten Kindern fand Verf. es 59 mal. Bei den 10 anderen existierte dieser Tic nicht, dagegen saugten diese Kinder an Fingern und Händen. Außerdem kann dieses Symptom auch unbemerkt bleiben, ein Grund, der die Nichterwähnung in den Fällen erklärte, in denen es zweifellos existierte. Wo dieses Symptom sehr angesprochen ist, erklärt es das Vorhandensein von Fissuren und der papillären Hypertrophien. Bei den Kindern, die von dieser schlechten Gewohnheit frei geblieben sind oder ihr nur wenig huldigen, ist auch die Zunge nur wenig abgehäutet und fissuriert.

H. Netter (Pforzheim).

E. Norton, Der prophylaktische Gebrauch des Diphtherieserums. (Lancet. 13. Juli 1907. II.) Im Anschluß an die Erkrankung von zwei Kindern eines großen Alumnates erkrankten trotz strenger Absonderung der beiden und sorgfältiger Überwachung der noch gesunden in den nächsten Tagen noch 18 und bis zum 10. Febr. noch 66. Am 10. Februar ergab die bakteriologische Untersuchung bei 16 der noch übrigen 251 Kinder sichere oder verdächtige Diphtheriebazillen. Diese Bazillenträger erhielten nach ihrer Isolierung 1000 I.-E. Diphtherieserum, alle anderen prophylaktisch 500 I.-E. Am 21. Februar, 27. Februar und 2. März erkrankte je 1 Kind an Diphtherie. Am 6. März erhielten alle Kinder nochmals 500 I.-E. Am 12. April erkrankte wieder 1 Kind. Am 10. Mai noch 2 Kinder, womit die Epidemie ihr Ende erreichte. Im ganzen traten also nach der prophylaktischen Impfung nur noch 8 Fälle auf, ein Erfolg, den Verf. den Schutzimpfungen zuschreibt.

H. Netter (Pforzheim).

Mc Walter, Die Wirkungen des Borax bei Kindern. (Lancet. 10. August 1907.) Verf. beschreibt als Boraxvergiftung folgenden Fall, den er bei einem 2 Monate alten Kind beobachtet hat. 14 Tage nach der Geburt trat bei dem Kind Soor auf, gegen den man „Borax und Honig“ anwandte. Das Kind schien dafür eine Vorliebe zu bekommen und so gab man es sehr ausgiebig — zwei bis drei 15 g-Flaschen wurden pro Woche verbraucht, von der zweiten bis zur

achten Woche. In dieser Zeit begann nun ein progressiver Verfall des Kindes. Als Verf. dasselbe sah, waren Hände und Fußsohlen der Sitz einer ausgesprochenen erythematösen Eruption mit deutlicher Desquamation zwischen Zehen und Fingern; deutliche Urtikaria an den Armen, der Innenseite der Beine dagegen keinen Ausschlag. Dabei war der Leib aufgetrieben und empfindlich, Lippen, Zunge, Gaumen und Rachen wund und gerötet, Erbrechen und Durchfall; das Gesicht welk, die Haut weich und bräunlich, die Augen glänzend, die Gelenke, besonders die Knie schmerzhaft, geschwollen und etwas steif. Syphilis oder eine andere Ursache für den Verfall und die Hautaffektion als der Borax ließen sich nicht eruieren. Von dem Borax hatte das Kind 6 Wochen lang täglich 10 g bekommen. Er wurde sofort weggelassen, das Kind bekam Muttermilch mit etwas rohem Fleischsaft; rasche Heilung danach. H. Netter (Pforzheim).

Olaf Scheel (Norweger), Angeborene Herzfehler. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1907. Nr. 4.) Im ersten Fall handelte es sich um einen offenen Ductus Botalli bei einer 28jährigen Frau, die an Pneumonie starb. Im zweiten Fall handelte es sich um Transpositio aortae et art. pulmonalis bei einem 4 wöchigen Mädchen. Immer ein wenig Zyanose der Lippen, die Respiration während des Säugens erschwert. Die letzten zwei Tage traten Bluterbrechen und Melaena auf. Die Sektion ergab den Ursprung der Aorta aus dem rechten Ventrikel rechts und etwas nach vorne von der Art. pulmonalis, die aus dem linken Ventrikel kommt. Rechter Ventrikel stark erweitert und hypertrophisch, linker Ventrikel bedeutend kleiner. Die venösen Ostien und die Vorhöfe in normaler Lage. Duct. Botalli und Foramen ovale offen. Der Verf. untersucht näher die Blutzirkulation und die Herzfunktion. Als unmittelbare Todesursache fanden sich Embolien mit Infarktbildung des Dünndarmes (Resumé).

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Waldemar Bie (Däne), Über Sterilisation von Kindermilch vermittelst Wasserstoffsuperoxyd. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. Bd. V. Heft 8—10.) Der Verf. beabsichtigt nicht eine Konservierungsmethode für Milch, sondern eine rohe, sterile Milch herzustellen, die eine ideale Säuglingsmilch sein könnte. Folgendes Verfahren wurde das Resultat seiner Versuche. Gute Kindermilch wird zu 35° erwärmt. Zu 200 ccm Milch wird 1 ccm 30 %iges Wasserstoffsuperoxyd (Merck) zugesetzt. Die Milch wird dann wenigstens 6 Stunden im Brutschrank hingestellt, danach wird sie im Eisschrank zu 10° abgekühlt. Zu je 200 ccm Milch wird zunächst 50 ccm kaltes Malzextrakt zugesetzt, die Milch wird wieder in den Eisschrank gebracht, nach 18—24 Stunden ist das Wasserstoffsuperoxyd verschwunden und die Milch fertig zum Gebrauch. (Das Malzextrakt wurde durch Übergießen von 1 Teil zerdrücktem Malz mit 4 Teilen Wasser und 1 stündliches häufiges Umrühren mit nachfolgendem Filtrieren gemacht.) Die Milch enthielt höchstens 30 Keime pro Kubikzentimeter, war also nicht ganz steril, aber diese kleine Keimanzahl ist praktisch ohne Einfluß auf ihren Wert als Säuglingsmilch. Der Verf. hat auch anstatt Malzextrakt ein von Blut hergestelltes Ferment der Milch zugesetzt, um den Wasserstoffsuperoxydrest zu

spalten. 10 ccm Blut werden mit 100 ccm einer 2%igen Peptonlösung mit Zusatz von ½%igem oxalsaurem Natron, 2% weinsaurem Natron und 5% Glyzerin gemischt. Zu diesem Gemisch wird die dreifache Menge von 96% Alkohol zugesetzt. Der Niederschlag wird nach dem Filtrieren getrocknet, und von diesem roten Pulver wird 1 Teil mit 20 Teilen Wasser übergossen, in der Kälte 6 Stunden hingestellt und filtriert. Man hat dann eine stark katalytisch wirkende Flüssigkeit. Ein Überschuß dieser Fermentlösung wird der Milch zugesetzt, nachdem dieselbe, zu 35° erwärmt, nach dem Zusatz von 1‰ Wasserstoffsuperoxyd (= 3⅓ ccm 30% Wasserstoffsuperoxyd Merck zu 1000 ccm Milch) wenigstens 6 Stunden im Brutschrank auf 35° hingestellt gewesen ist. — Die Labkoagulation und Pepsinsalzsäureverdauung verhalten sich bei den oben beschriebenen zwei Milchpräparaten ganz wie bei frischer Milch, und die Fermente sollen nicht zerstört sein; der Verf. empfiehlt die Milch bei Säuglingen zu versuchen; sie darf doch nicht mehr als 24 Stunden aufbewahrt werden, da sie sowohl einzelne Keime als die Milchfermente enthält.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

C. Juarros, Heilung zweier Meningitisfälle durch Lumbalpunktion. (El Siglo Médico. 27. Juli 1907.) In dem einen Falle (8jähriges Kind) soll eine tuberkulöse Meningitis durch zweimalige Punktion geheilt worden sein (Entleerung von je 40 ccm klarer Flüssigkeit); das Kind wies Reste einer tuberkulösen Arthritis auf und hatte 3 Geschwister an tuberkulöser Meningitis verloren; doch erscheint in diesem Falle die Diagnose nicht unanfechtbar. Anders bei dem andern (8jähr.) Kind, das an eitriger Meningitis unbekannten Ursprungs litt, und bei dem am fünften Tage eine im tiefsten Koma ausgeführte Punktion (25 ccm eitriger Flüssigkeit) wesentliche Besserung brachte. Am nächsten Tag nochmals Punktion (30 ccm klarer Flüssigkeit). Nach drei Tagen relatives Wohlbefinden, Rückfall; im Koma Entleerung von 40 ccm eitriger, am nächsten Tag von ebensoviel klarer Spinalflüssigkeit; Heilung in wenigen Tagen.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

16. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

Bremen, 17. und 18. Mai 1907.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

Die von Passow (Berlin) geleitete Versammlung eröffnete ihre wissenschaftlichen Sitzungen mit dem Berichte Hartmanns (Berlin), der als Vertreter einer besonders ernannten Kommission der Gesellschaft eingehende Vorschläge zur Methode der **Ohrenuntersuchung bei Schulkindern** vorlegte. Der Bericht, der in knapper Form auf die Zwecke und Ziele der Untersuchung und auf die Prinzipien der Behandlung schwerhöriger Schulkinder hinweist, fand die Zustimmung der Versammlung. Auf Antrag des Vorsitzenden wurde beschlossen, Separatabzüge an die zuständigen Schulbehörden zu schicken.

Dann erstattete Kümmel (Heidelberg) das Referat **über die Bakteriologie der akuten Mittelohrentzündung.** K. kam zu dem Resultate, daß ein Referieren und kritisches Sichten der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen eine Arbeit

sei, bei der die aufgewandte Mühe nicht dem positiven Ergebnisse entspreche; er stellte deswegen auf Grund der Untersuchungen, die von Süpfle und ihm gemacht wurden, nur folgende Thesen zur Diskussion: 1. Von den in Heidelberg beobachteten Mittelohrentzündungen waren rund 66% durch Streptococcus pyogenes, rund 17% durch den Streptococcus lanceolatus, rund 11% durch den Streptococcus mucosus, schließlich rund 6% durch den Micrococcus pyogenes aureus und albus horvorgerufen. Die durch Bacterium pyocyaneus verursachten Otitiden sind nicht ganz einwandfrei. 2. Eine ähnliche Verteilung der Entzündungserreger darf nicht ohne weiteres als gültig für andere Gegenden und andere Zeiten angesehen werden. Jedoch ist das in der Literatur zumeist betonte, starke Überwiegen der Otitiden mit Streptococcus lanceolatus wahrscheinlich dadurch bedingt, daß von diesem die beiden anderen Streptokokkenarten nicht immer mit genügender Schärfe bakteriologisch gesondert wurden, speziell der Streptococcus mucosus den meisten früheren Untersuchern noch nicht bekannt sein konnte. 3. Der größte Teil der Lanceolatusotitiden entfällt auf die ersten beiden, vor allem das erste Lebensdezennium, die aber auch an den Fällen mit Streptococcus pyogenes besonders stark beteiligt sind. 4. Der Verlauf der Otitis hängt von der Natur der ursächlichen Entzündungserreger insofern ab, als die Otitiden mit Micrococcus pyogenes aureus und albus nie, die mit Streptococcus lanceolatus nur selten und unter ganz besonderen Umständen, fast immer dann im kindlichen Alter, eine Operation nötig machen. Bei den Otitiden mit Streptococcus pyogenes ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Eingriff notwendig wird, etwa 1 : 3, bei denen mit Streptococcus mucosus etwa 1 : 1. 5. Die Staphylokokkenotitiden neigen dagegen, soweit das kleine Material Schlüsse erlaubt, ein wenig zu verschlepptem Verlaufe, und es ist möglich, daß die häufige Beimengung der Staphylokokken zu anderen Entzündungserregern bei verschleppten Otitiden an dieser Verlaufsart die Schuld trägt. Wahrscheinlich ist allerdings, daß bei einem aus anderer Ursache verschleppten Verlaufe die Staphylokokken als Saprophyten in das Sekret der Otitis einwandern. 6. Chronischwerden einer akuten Otitis ist jedenfalls keine notwendige Folge der Anwesenheit von Staphylokokken in dem Sekret. 7. Der den Otitiden mit Streptococcus lanceolatus von vielen Seiten zugeschriebene „zyklische Ablauf“ konnte nur bei solchen Fällen beobachtet werden, die neben der Otitis noch anderweitige Lokalisationen, wahrscheinlich des gleichen Entzündungserregers, zeigten. 8. Dem Streptococcus mucosus scheint, auch nach den Erfahrungen anderer, eine große Fähigkeit zu Knochenzerstörungen zuzukommen, die nicht selten erst relativ spät in die Erscheinung treten, manchmal trotz Ausheilung der Otitis selbst. Diese Eigentümlichkeit ist von früheren Untersuchern wohl irrtümlich dem Streptococcus lanceolatus zur Last gelegt worden, weil sie ihn nicht von dem Streptococcus mucosus differenzieren konnten. Die Verlaufsweise hängt aber nicht allein von der Art der Entzündungserreger ab, sondern auch von Eigentümlichkeiten, die im Patienten selbst liegen, die uns aber nur zum kleinsten Teile bekannt sind. 9. Eine dieser Eigentümlichkeiten ist die individuelle Beschaffenheit der Verbindung zwischen Epitympanum und Mesotympanum: eine freie Verbindung zwischen beiden gibt bessere Aussichten auf Heilung der Otitis ohne chirurgisches Eingreifen. Der Unterschied in der Verlaufsweise der sogenannten epi- und mesotympanalen Otitiden tritt am deutlichsten bei den Fällen mit Streptococcus pyogenes hervor, insofern alle zur Operation gelangenden Fälle den epitympanalen Typus aufweisen; eine sichere pathologisch-anatomische Unterlage für diese Sonderung fehlt aber bisher. 10. Außerdem scheint es, als ob der Invasionsweg der Entzündungserreger, je nachdem eine salpingogene oder hämatogene Otitis vorliegt, die Verlaufsweise insofern beeinflußt, als die hämatogenen Infektionen mehr das Bild einer schweren Allgemeinerkrankung darbieten und dabei auch leichter die Hohlräume des Warzenfortsatzes intensiv miterkranken. Unsere Kenntnisse in bezug auf die Invasionswege der Entzündungserreger bei Otitis sind aber noch unzureichend. 11. Sogenannte sekundäre Otitiden können anscheinend manchmal zunächst ohne Beteiligung von Mikroorganismen, also wahrscheinlich durch toxische Einwirkungen entstehen, entweder ohne Dazukommen von organisierten Entzündungserregern rasch ausheilen oder nachträglich mit solchen infiziert werden und dann wie andere Otitiden verlaufen.

In der Diskussion berichtet Denker (Erlangen) über die an der Erlanger Ohrenklinik angestellten Untersuchungen des bei den Operationen gewonnenen Warzenfortsatzeiters. Es ergab sich, daß der Streptococcus pyogenes in den

meisten Fällen als Erreger anzusehen war. — Kobrak (Breslau) hat im wesentlichen schwere Fälle untersucht und zwar mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes. Aus seinen Ergebnissen zieht er folgende Schlüsse für die Praxis: 1. Auch Streptokokkenbakteriämie nach akuter Mittelohrentzündung scheint — nach dem bisherigen Ergebnis der Untersuchungen in fast der Hälfte der Fälle — der Heilung zugänglich zu sein. 2. Bei otogener Sepsis weist Abnahme der Kolonienzahl im Blut und der Hämolyse durchaus nicht ohne weiteres auf einen günstigen, dagegen schnelle Zunahme der Keimzahl und der Hämolyse immer auf einen ungünstigen Verlauf hin. 3. Befunde von Streptococcus mucosus dürften zu weiterer Beobachtung der Kranken auch nach scheinbarem Abklingen der ersten Attacke im Mittelohr mahnen. — Neumann (Wien) bestätigt die Neigung des Streptococcus mucosus zur Verschleppung und späteren Komplikationen. Das Wesentliche für die Ausbreitung der Erkrankung vom Mittelohr aus scheint ihm nicht die Art der Bakterien oder die Frage, ob meso- oder epitympanale Eiterung vorhanden, sondern der anatomische Bau des Warzenfortsatzes zu sein. — Nach Wittmaack (Greifswald) sind Streptococcus erisypelatis und mucosus die häufigsten, Diplokokken seltenere und gutartigere Erreger. Streptococcus erisypelatis findet sich besonders bei Kindern, Streptococcus mucosus fast nie bei Kindern, er ist der relativ bösartigste. Die Diagnose ist schon im Ausstrichpräparat gut zu stellen, zumal wenn man mit Thionin färbt. — Weiter bestätigen Scheibe (München), Winkler (Bremen), Siebenmann (Basel) die Häufigkeit der Streptokokken im Ohreiter. Ob das aber immer so bleibt, oder für alle Gegenden gilt, das wird besonders von Siebenmann bezweifelt. — Brieger (Breslau) kann nicht zugeben, daß man die Transsudate als steril und ex vacuo entstanden betrachtet, die Bakterien sind nur vom bakteriziden Schleim abgetötet. Weiter betont er, daß Diphtheriebazillen einfache Eiterungen ohne Pseudomembranen hervorrufen können. — Joël (Görbersdorf) hat bei für Tuberkulose typischem otoskopischen Befund im Anfang der Erkrankung fast ständig Tuberkelbazillen nachweisen können. — Leutert (Gießen) benutzt die Blutuntersuchungen zur Diagnose von Sinusthrombose; er fand dann im Sinusblut bedeutend mehr Bakterien als im Armvenenblut.

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 5. Juni 1907.

Coenen: **Ein Fall von geheiltem Nabelschnurbruch und ein Fall von kongenitaler Zystenniere mit Tuberkulose.** Das erste Kind, das ich Ihnen zeige, ist jetzt $^3/_4$ Jahr; es kam gleich nach der Geburt mit einem faustgroßen Nabelschnurbruch in die königliche Klinik. Der Nabelschnurbruch entsteht ja im embryonalen Leben zum Unterschied von dem nach der Geburt durch Weitung und Ausstülpung des Nabelrings hervorgebrachten, viel häufigeren Nabelbruch dadurch, daß ein Teil der Baucheingeweide in dem Anfangsteil der erweiterten Nabelschnur liegen bleibt und sich nicht in die Bauchhöhle zurückzieht, so daß die vordere Bauchwand sich nicht vollständig bilden kann. Bei diesem Kinde war es so. Die vordere Bauchwand fehlte in der Mitte an einer ungefähr handtellergroßen Stelle. Diese Kluft wurde durch das Amnion überbrückt. Unter demselben lag die Leber. Es lag also ein faustgroßer Nabelschnurbruch vor, der als Inhalt die Leber hatte. Diese Kinder müssen fast alle sterben, weil allmählich das Amnion, das die Bauchhöhle noch verschlossen hält, abstirbt, und dann die Bauchhöhle weit geöffnet mit prolabierten Eingeweiden zutage liegt, so daß die tödliche Peritonitis die unausbleibliche Folge ist. Auch, wenn die Kinder operiert werden, sterben sie fast alle, denn einerseits ist der Operationsshock zu groß, andererseits kann man wegen des absterbenden Amnionrestes nicht keimfrei arbeiten, und drittens macht es technische Schwierigkeiten, die prolabierten Eingeweide in die Bauchhöhle zu bringen, deren Wände ja mangelhaft ausgebildet sind, so daß der Bauchraum zu enge ist. Um so erfreulicher ist es, wenn mal ein solches Kind durchkommt. Dieses Kind wurde von mir am 2. Lebenstage operiert und hat den operativen Eingriff gut überstanden und stellt sich Ihnen heute geheilt vor.

Das zweite Kind, welches ich Ihnen zeigen möchte, ist jetzt 3 Jahre alt. Aus der Anamnese ist zu bemerken, daß das Kind häufig an Drüseneiterungen am Hals litt, die für tuberkulös gehalten und mehrfach operiert wurden. Seit 2 Jahren hat sich bei dem Kind eine Geschwulst in der linken Seite entwickelt, die zu vielfachen diagnostischen Kontroversen Veranlassung gab. Man sprach von Malariamilz, Nierentumor und retroperitonealen tuberkulösen Drüsen. Im Verlaufe von 2 Jahren wuchs aber die Geschwulst mächtig, so daß der behandelnde Arzt Dr. Magnussen das Kind in die v. Bergmannsche Klinik schickte. Der aufnehmende Arzt (Dr. E. Schultze) stellte die Diagnose auf Zystenniere und überwies es der Kinderstation. Das Kind hatte in der linken Seite des Bauches einen von der Nierengegend kommenden, mannskopfgroßen, prall elastischen Tumor, der den Bauch mehlsackartig nach abwärts zerrte, so daß ein hochgradiger Hängebauch entstand. Am 25. IV. 1907 machte ich nun mit dem v. Bergmannschen Nierenschnitt die Operation. Die Entwicklung des Tumors machte wegen der Verwachsungen mit den Eingeweiden einige Schwierigkeiten. Das Colon descendens war durch den von links her andrängenden Tumor bis in die Mitte des Bauches verlagert und durch das Mesokolon fest mit dem Tumor verwachsen. Es gelang aber die Ablösung desselben, wie auch die Befreiung des Tumors von der kappenartig ihm aufsitzenden Milz und aus der Zwerchfellkuppe. Von dem Mesocolon sinistrum ging ein 10 cm breites Stück verloren, so daß das Colon descendens dieser Strecke ohne Gekröse war. Eine Nekrose des Darms trat indessen nicht ein. Als der Tumor exstirpiert war, glaubte ich, das Kind sei tot. Der Operationsshock war bei dem kolossalen Tumor und dem kleinen Kinde so stark, daß der Puls und die Atmung einige Minuten aussetzten und das Kind leichenblaß dalag. Es erholte sich aber in den nächsten Minuten unter Exzitantien wieder und dann auffallend; schon 2 Stunden nach der Operation ließ es spontan Urin. Das Krankenlager war dann ungestört. Schon 2½ Wochen nach der Operation wurde das Kind geheilt entlassen. Die exstirpierte linke Niere ist 24 cm hoch, 14 cm breit, 7 cm dick. Das ganze Organ ist in große Zysten verwandelt, so daß von eigentlicher Nierensubstanz nichts zu sehen ist. Es ist das Bild der kongenitalen Zystenniere. Nun sehen Sie aber in dieser Zystenniere mehrfache große tuberkulöse Herde, wie auch bei der Operation ein großer käsiger Abszeß geöffnet wurde. Diese tuberkulösen Herde muß man sich entstanden denken durch hämatogene Infektion bei dem tuberkulös veranlagten Kind. Die mikroskopische Untersuchung hat unzweifelhafte Tuberkulose mit Bazillen ergeben. In dem Gewebe zwischen den Zysten fand sich noch geschrumpftes Nierengewebe, Glomeruli u. a.

Wir haben also hier vor uns eine einseitige kongenitale Zystenniere mit sekundär tuberkulöser Infektion. Die andere Niere des Kindes ist, wie es scheint, ganz gesund. Jedenfalls ist sie nicht vergrößert, und der Urin ist klar und ohne Eiweiß. Das Kind hat sich seither gut erholt.

Es lag mir daran, Ihnen diese beiden Kinder zu zeigen, weil sie beweisen, daß auch sehr große chirurgische Eingriffe im frühesten Kindesalter gut vertragen werden und zum Ziele führen, wenn zielbewußt und schnell operiert wird.

Sitzung vom 10. Juli 1907.

Max Cohn: **Eine anatomische Grundlage zur Erklärung des Schulterhochstands.** Wir haben zwei Gruppen von Hochstand der Scapula zu unterscheiden: 1. eine Gruppe von Affektionen, bei denen die Krankheitsursache geklärt ist und 2. den genuinen Schulterhochstand, dessen Ätiologie über die Hypothese bisher nicht hinausgekommen ist. Für letztere Affektion möchte ich Ihre Aufmerksamkeit für einige Augenblicke in Anspruch nehmen. Ebenso wie von einer Frühskoliose und einer erworbenen, sogenannten habituellen Skoliose redet man von einem angeborenen und einem erworbenen Schulterhochstand. Von diesem behaupten die Autoren, er wäre das Resultat einer abgelaufenen Rachitis; jener wird als eine Belastungsdeformität in utero, hervorgerufen durch zu geringe Fruchtwassermenge, aufgefaßt. Nach dem Urheber dieser Hypothese wird das Leiden „Sprengelsche Deformität" genannt. Auf Grund der interessanten Arbeiten von Böhm (Boston) über die habituelle Skoliose und in der Erwägung, daß zwischen Halswirbelsäule und Skapula muskuläre Verbindungen bestehen, lag es nahe anzunehmen, daß auch bei dem genuinen Schulterhochstand Wirbelveränderung vorliegen könnte, die geeignet wäre, das dunkle Krankheitsbild zu erklären. Eine einschlägige

Untersuchung, für die ich Prof. G. Klemperer zu Danke verpflichtet bin, hat gezeigt, daß ich auf dem richtigen Wege war.

Bei einem 15jährigen jungen Mädchen war seit 4 Jahren ein Hochstand der rechten Schulter bemerkt worden. Es bestand ein Unterschied von 5 cm. Eine Dystrophia musculorum oder eine Asymmetrie des Thorax, wie sie bei Skoliose im Brustteil oft ein Höherstehen der einen Skapula verursacht, lag nicht vor. Ich machte ein Röntgenübersichtsbild über den ganzen Thorax und die Halswirbelsäule, das ich Ihnen vorlege. Hier fällt, was bei der äußeren Adspektion nicht wahrzunehmen war, ein äußerst steil abfallender Verlauf der Rippen auf, der Ihnen noch anschaulicher wird, wenn Sie einen normalen Thorax damit vergleichen. Böhm hat diese Erscheinung in seinen Arbeiten mit Varietäten in der Wirbelsäule in Verbindung gebracht. Und in der Tat handelt es sich bei dem in Frage kommenden Krankheitsbild um eine Wirbelanomalie. Im unteren Teile der Halswirbelsäule sehen Sie ein im Schattenbild dreieckig erscheinendes Wirbelrudiment eingesprengt. (Ich habe es mit einem Pfeil gekennzeichnet.) Außerdem weist der erste Brustwirbel einen schmalen Spalt auf. Steht nun diese bisher nicht beachtete Beobachtung mit dem Schulterhochstand in ursächlicher Beziehung? Ich glaube das entschieden bejahen zu können und werde es Ihnen an einer schematischen Zeichnung beweisen. An den Querfortsätzen der vier oberen Halswirbel entspringt beiderseits der M. levator anguli scapulae. Der Muskel inseriert am oberen inneren Schulterblattwinkel. Beide Muskeln sind natürlich im normalen Zustand gleich lang. Nun ist hier ein Keil eingesprengt, der auf der linken Seite in eine Spitze ausläuft, nach rechts aber eine Breitseite aufweist. Nimmt man die Ursprungsstelle des Muskels als feststehend an, so muß die Ansatzstelle entsprechend auf der rechten Seite in die Höhe gerückt sein. Da die Skapula ein sehr beweglicher Skeletteil ist, so äußert sich die Wirbelanomalie in einem Höherrücken des Schulterblatts. Damit dürfte die Genese des Schulterhochstandes um ein gut Teil gefördert sein. Nun werden Sie mir einwerfen: durch einen Fall kann ein Krankheitsbild nicht geklärt werden. Dem möchte ich entgegenhalten, daß ein mit mathematischer Wahrscheinlichkeit geführter Beweis doch mehr wert ist als 50 Fälle, die durch Hypothesen erklärt werden. Außerdem habe ich von kompetenter Seite, der ich meine Wahrnehmung erzählte, gehört, daß bei diesen Kranken schon öfters eigenartige Bilder der Halswirbelsäule beobachtet worden sind, ohne richtig gedeutet worden zu sein. Ich habe auch nur von „einer Grundlage zur Erklärung des Schulterhochstands" gesprochen. Immerhin bin ich so weit Optimist, daß ich glaube, daß alle Fälle von genuinem, angeborenem sowie erworbenem Skapulahochstand auf Anomalien in der Wirbelsäule zwischen fünftem Halswirbel und dem Brustwirbel, der durch eine Horizontale durch die obere Schulterblattkante der normalen Skapula gekennzeichnet ist, beruhen.

Was die Behandlung des Leidens anlangt, so kann dieselbe nur eine operative sein. Es stehen drei Wege offen: 1. die Exstirpation des eingesprengten Keils; diese Operation dürfte technisch sehr schwierig sein und auch nicht unbedingt eine sichere Korrektion des Übels verbürgen; denn es besteht nicht nur eine Höhendifferenz beider Seiten der Halswirbelsäule, sondern auch eine Torsion, und diese würde immerhin verhindern, daß die Muskeldifferenz bzw. der Skapulaunterschied ausgeglichen wird. 2. Käme es in Betracht, den Ursprung des M. levator anguli scapulae auf der Seite des Hochstands tiefer zu verlegen. Auch diese Operation dürfte technisch auf große Schwierigkeiten stoßen, da man schwer an die oberen Halswirbel herankommt. Der dritte und gangbarste Weg wäre der, den M. levator anguli scapulae vom inneren oberen Schulterblattwinkel loszulösen, d. h. die Ansatzstelle nach oben zu verlegen. Der Verzicht auf die Funktion dürfte nicht besonders schwer ins Gewicht fallen. Dieser Eingriff ist wiederholt, gewissermaßen instinktiv richtig, ausgeführt worden und hat zum Erfolge geführt.

Sitzung am 27. November 1907.

L. Langstein: **Das Problem der künstlichen Ernährung des Säuglings.** Seinen theoretischen Erörterungen legt Vortr. den chemischen Vergleich zwischen Frauenmilch und Kuhmilch zugrunde. Die Verhältnisse stellen sich folgendermaßen in Prozenten:

	Eiweiß	Fette	Zucker	Salze
Frauenmilch	1,2	4	6—7	0,15
Kuhmilch	3,4	3—4	3—4	0,78

Auch qualitative Unterschiede bestehen: Das Eiweiß der Kuhmilch enthält mehr Kasein als Albumin im Gegensatze zur Frauenmilch, auch soll das Kasein der letzteren ein anderes sein, was aber noch nicht hinreichend bewiesen ist. Früher hat man unter Führung Biederts das Problem der Säuglingsernährung auf den Eiweißgehalt beschränkt und die Tatsache, daß der Stuhl von Kuhmilchkindern in der Regel keine homogene Masse bildet, sondern bröckelig ist, auf einen Kaseingehalt der Fäzes zurückgeführt. Diese Anschauungsweise ist nach den Untersuchungen von Heubner und später von Czerny nicht richtig, nach der Bröckligkeit auf Derivaten der Fette beruht. Nach Biedert soll nach Einspritzung von artfremdem Eiweiß in Tiere im Darm ein Präzipitin gebildet werden, wodurch es zu einer Schädigung des Darmepithels kommt, während arteigenes Eiweiß diese Folgen nicht hat. Seit drei Jahren ist auf der Heubnerschen Klinik das Problem des Eiweißnährschadens studiert worden. Danach besteht die Ansicht von der Schwerverdaulichkeit des Eiweißes nicht zu Recht; es ist kein Unterschied in der Verdaulichkeit der Eiweißkörper. Die Resorption für Kuhmilch- und Frauenmilcheiweiß ist gleich; das Eiweiß wird bis zu den Aminosäuren abgebaut. Auf Grund dieser Untersuchungen ist daher der Eiweißnährschaden zu leugnen; wir haben nicht die Berechtigung, von einer Schädigung durch artfremdes Eiweiß zu sprechen. Auch klinisch ist Vortr. zu demselben Ergebnis gekommen: die Eiweißzufuhr ist ganz indifferent; logischerweise müßten die Verfechter des Eiweißnährschadens auch gegen die Buttermilch als Säuglingsnahrung sein, worin ebensoviel Eiweiß, wenn auch etwas verändert, was aber ohne Einfluß, enthalten ist. Aus all dem ergibt sich, daß von einem Eiweißnährschaden bei der Säuglingsnahrung mit Kuhmilch nicht die Rede sein kann. Dagegen führen die Kuhmilchfette zu chronischer und akuter Schädigung, die durch Reduzierung der Fette und Ersatz durch Kohlehydrate zu vermeiden ist. Kohlehydrate. Hier ist nachdrücklich vor einem Zuviel zu warnen, denn dadurch wird ein Zuckernährschaden bedingt, der zu bedrohlichen Erscheinungen führen kann. Es empfiehlt sich daher eine dünne Mehlabkochung. Auch die Salze können in größerer Menge schwere Erscheinungen auslösen. Was nun die praktische Ernährung der Säuglinge betrifft, so wirkt sicher gekochte Milch anders als ungekochte: aber ob man nun, wie in neuerer Zeit vielfach empfohlen, lieber rohe Milch geben soll, darauf geben die Tierexperimente bisher noch keine genügende Antwort. In betreff des Nahrungsbedürfnisses des Säuglings sind die kalorimetrischen Untersuchungen Heubners als grundlegend anzusehen. Vielleicht ist bei künstlicher Ernährung das Kalorienbedürfnis ein höheres. Was nun die Fortschritte in der Ernährung des Säuglings betrifft, so haben wir zwei Punkte hervorzuheben, die zu vermeiden sind: 1. eine übermäßige Fettzufuhr; 2. ein Zuviel von Kohlehydraten.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Auf der Tagesordnung der Stadtverordnetenversammlung am 23. Januar stand ein Antrag: „Die Versammlung wolle beschließen, den Magistrat zu ersuchen, zu erwägen, ob zwecks Überwachung der **Zahnpflege der Schulkinder** in Berlin besondere Einrichtungen notwendig und durchführbar sind, und eventuell Mittel in den Etat einzustellen, um einen Versuch nach dieser Richtung hin zu machen.“ Der Antrag wurde einem Ausschuß überwiesen. — Über dieselbe Frage verhandelten am 16. Januar die Charlottenburger Stadtverordneten. Die Versammlung nahm einen Ausschußantrag an, wonach zum 1. April eine Schulzahnklinik errichtet werden soll. Es ist ein Oberarzt (Gehalt 6000 Mk.) und zwei Assistenten (eventuell eine Zahnärztin) vorgesehen (Gehalt im ersten Jahr 2700, im zweiten 3000 Mk.). — Die Gemeindevertretung von Grunewald hat der hohen Kosten wegen die Errichtung einer Volks- sowie Schulzahnklinik abgelehnt.

— Durch Ministerialerlaß vom 18. Dezember 1907 wird angeordnet, daß die **Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen** auch auf die Handels- und Gewerbeverwaltung unterstellten Schulen anzuwenden ist.

Hamburg. Die Bürgerschaft hat den Antrag des Senats angenommen, der Stiftung „Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche" zu den Baukosten der von ihr zu errichtenden Musteranstalt einen einmaligen Beitrag von 10000 Mk. zu bewilligen.

Leipzig. San.-Rat Dr. Taube, der bekannte Führer auf dem Gebiet der Kinderfürsorge, beging am 1. Februar das 25 jährige Jubiläum als städtischer Kinderarzt.

Heidelberg. In der Heilanstalt von Prof. Vulpius wurden aus Mitteln der Jubiläumsstiftung (10000 Mk.) für unbemittelte orthopädisch-chirurgische Kranke im Jahr 1907 260 Patienten an 15352 Verpflegungstagen behandelt.

Rostock. Priv.-Doz. Dr. Brüning ist zum Oberarzt der medizinischen Universitäts-Kinderklinik und -poliklinik mit selbständigem Lehrauftrag ernannt worden.

Düsseldorf. An der Akademie findet vom 4. Mai ein 14 tägiger und vom 28. September ein 4 wöchiger Fortbildungskursus für Ärzte statt. Der Verein für Säuglingsfürsorge veranstaltet vom 15. Juni und vom 2. September ab je einen 14 tägigen Kurs über Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters sowie über Säuglingsfürsorge.

Greifswald. Prof. Dr. Peiper ist zum etatsmäßigen a. o. Professor und Direktor der Kinderklinik und -poliklinik ernannt.

Kaiserslautern. Der Stadtrat beschloß die Anstellung von Schulärzten und Schulspezialärzten vom 1. Mai ab. Die Stadt wird zu diesem Behufe in drei Bezirke eingeteilt, für jeden wird ein geschäftsführender Schularzt angestellt, außerdem für die ganze Stadt zwei Schul-Augen- und ein Schul-Ohrenarzt. Die Ärzte erhalten gemeinsam für jeden Schüler ihres Bezirks pro Jahr 40 Pfennig.

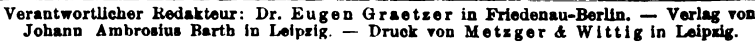
Koblenz. Die Mitwirkung der Schulärzte bei Durchführung des Kinderschutzgesetzes ist für die Rheinprovinz angeordnet. Bei zweifelhaftem Gesundheitszustand eines Kindes soll der Schularzt zunächst zu einer Untersuchung des Kindes beauftragt werden, ehe einem Antrage auf Genehmigung der gewerblichen Arbeit in den gesetzlich hier in Frage kommenden Fällen stattgegeben werde. Ferner soll dem Schularzt bei seinen Besuchen eine Liste, unter Angabe der Beschäftigungsart und Dauer, der gewerblich tätigen Kinder vorgelegt werden, damit diese besonders genau auf die Zuträglichkeit der Arbeit untersucht werden können.

Solingen. Die Stadt veranstaltet im September d. J. eine Ausstellung für Säuglings- und Kinderpflege. Die Ausstellung soll die Erfahrungen und Resultate der Ausstellung für Säuglingspflege im Jahre 1906 in Berlin nutzbar machen; in erster Linie die arbeitenden Klassen der dortigen Bevölkerung über die Säuglingsernährung, Pflege, Wartung und Haltung in Privathäusern und öffentlichen Anstalten aufklären und die Mittel zeigen, wie auch von diesen Klassen zur Herabminderung der Säuglingssterblichkeit beigetragen werden kann; endlich soll die Aussellung helfen, alle Kreise zu gewinnen, ihre geistigen und materiellen Kräfte in den Dienst der Säuglingsfürsorge zu stellen. Die Ausstellung wird veranstaltet in Übereinstimmung mit dem Vorstande des neugegründeten Vereins für Säuglingspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf.

Im Nordseebad Westerland-Sylt ist ein „Nordsee-Schulsanatorium" mit Zweiganstalt „Jugendpensionat und Ferienheim" unter der Leitung von Dr. phil. Koch und Dr. med. Quitzow gegründet worden. Kinder der besseren Stände erhalten dort Sommer- und Winterwohnung, Verpflegung, Aufsicht und stete Fürsorge. Sie können auch Unterricht in allen Fächern der höheren Schulen, Mal- und Musikunterricht usw. erhalten. Prospekte sind von den Besitzern oder der Direktion der Nordseebäder auf Sylt erhältlich.

Wien. A. o. Prof. Dr. Frühwald, Vorstand der II. Sektion für Kinderkrankheiten an der allgemeinen Poliklinik, gestorben am 8. Februar, 54 Jahre alt.

Zürich. Die Stadt hat beschlossen, eine Schulzahnklinik zu errichten zur unentgeltlichen Untersuchung und Behandlung der Volksschüler. Als Leiter der Klinik wird ein approbierter Zahnarzt mit einem Gehalt von 5—7000 Fr. angestellt.



Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Mai 1908. Nr. 5.

I. Originalbeiträge.

Pseudokrupp und neuropathische Konstitution.

Von

Priv.-Doz. Dr. **Paul Heim** (Budapest).

Jedem Praktiker ist das Krankheitsbild des Pseudokrupp wohl bekannt. Er wird bei 3—6 Jahre alten Kindern beobachtet. Seit einigen Tagen, oder seit dem Morgen ist das Kind verschnupft, die Stimme etwas belegt, es hustet ein wenig. Doch nachdem es auch beim Schlafengehen des Abends relativ wohl ist, legen der Sache weder die Eltern, noch der Arzt größere Bedeutung bei. Einige Stunden nach dem Einschlafen erwacht der kleine Patient, er kämpft jetzt schon gegen schweres Atmungshindernis. Der Husten ist bellend, heiser. Beim Atemholen hört man ein ziehendes, pfeifendes Geräusch, die Stimme ist ausgesprochen heiser. Doch charakteristisch ist es für den Pseudokrupp, daß beim Weinen die hohen Laute rein bleiben. Die Atembeschwerden nehmen rasch zu, der Kranke setzt sich im Bett auf und kämpft sichtlich gegen das Atmungshindernis. Sein Gesicht ist kongestioniert und drückt Beschwerden aus. Zu der hörbaren Inspiration gesellt sich auch ein Exspirationsgeräusch. Der Kehlkopf macht beim Atmen große Exkursionen, Jugulum, Interkostalräume, Epigastrium werden bei der Inspiration stark eingezogen; mit einem Worte wir haben das Bild einer schweren Kehlkopfstenose vor uns. In schweren Fällen ist die Atemnot so heftig, daß an Tracheotomie gedacht wurde. Doch nach einem kürzeren oder längeren Zeitraume beginnt die Atemnot zu schwinden, das Kind atmet ruhiger und schläft schließlich bei ruhiger Atmung ein.

Bei einem Teile der Fälle wiederholt sich der Anfall noch dieselbe Nacht, bei einem anderen Teile die nächste oder die nächsten Nächte, während bei einem dritten Teile der Fälle nur ein einziger Anfall auftritt. Doch für jeden Fall ist es charakteristisch, daß das Kind am nächsten Morgen munter erwacht, keine Spur von Atembeschwerden ist vorhanden, höchstens ist die Stimme etwas heiser, sie hat ein klein wenig bellenden Charakter.

Die Entstehung des Pseudokrupp wird seit den laryngologischen Untersuchungen von Rauchfuss und Dehio folgendermaßen erklärt. Bei den an Pseudokrupp leidenden Kindern schwellen die an der Unterfläche der Stimmlippen gelegenen Schleimhautfalten plötzlich an. Bei dem relativ engen kindlichen Kehlkopf bildet dies nun aber ein

beträchtliches Atmungshindernis. Nachts, bei Anhäufung von Sekret in der Glottisspalte, steigert sich das Atmungshindernis. Der bellende Husten ist durch die Schwingungen der vorschwellenden subglottischen Falten verursacht. Die obere Fläche der Stimmbänder ist, nachdem sie auf fibröse Bänder straff ausgespannt ist, zur Schwellung ungeeignet, hingegen besitzt die untere Fläche eine zur Infiltration und Schwellung geeignete Submukosa.

Die meisten Lehrbücher, beispielsweise um nur einige zu nennen, dasjenige von Heubner, von Baginsky, nehmen diese Erklärung an.

Falls wir auf Grund der Untersuchungen von Rauchfuss und Dehio auch zugeben, daß das anatomische Substrat des Pseudokrupp die subchordale Schleimhautschwellung ist, können wir noch immer nicht den Umstand erklären, weshalb einige Kinder bei jeder Erkältung Pseudokrupp bekommen, hingegen andere nie. Jeder Arzt konnte die Beobachtung machen, daß in manchen Familien alle Kinder auf jede Erkältung mit Pseudokrupp reagieren. Wenn diese Kinder Masern, Influenza, oder eine andere mit Kehlkopfkatarrh einhergehende Krankheit akquirieren, verursacht dies bei ihnen Pseudokrupp. Andere Kinder haben trotz Masern, trotz der heftigsten Kehlkopfkatarrhe nie Pseudokrupp. Es befanden sich unter meiner Behandlung auch solche Kinder, deren Mütter, nach Aussage der Großeltern, auch an Pseudokrupp litten. Baginsky will die Erklärung dessen in einer bei einigen Familien vorkommenden außergewöhnlichen Enge des Kehlkopfes finden, doch bringt er keine exakte Beobachtungen vor, auf die seine Ansicht basiert.

Wenn wir nun bei den an Pseudokrupp leidenden Kindern nach gemeinschaftlichen Zeichen suchen, werden wir diese in der neuropathischen Konstitution finden.

Es sind dies leicht erregbare, in ihrer Gemütsstimmung oft wechselnde Kinder, bei denen wir auch objektive neuropathische Symptome finden, wie lebhafte Knochen- und Sehnenreflexe, Tremor der Lider bei geschlossenen Augen (Rosenbachsches Zeichen), labile Pulsfrequenz. In der Mehrzahl meiner Fälle fand ich das Fazialphänomen, welches ich im Gegensatze zu Thiemich für ein entschieden neuropathisches Symptom halte, welches meiner Meinung nach nur bei neuropathischen Kindern auftritt, ebenso wie die latente und manifeste Tetanie, die zwar in vielen Fällen von der Ernährung abhängt, aber auch nur bei neuropathischen Kindern vorkommt. Bei der Aufnahme der Anamnese an Pseudokrupp leidender Kinder hören wir oft, daß sie im Säuglingsalter sehr unruhig waren, viel weinten, einen leisen Schlaf hatten, auf Schallreize stark zusammenzuckten. Betreffs der Ernährung waren sie im Säuglingsalter meist mit Milch übernährt. Außer den jetzt kurz erwähnten Symptomen können noch viele andere der Neuropathie, dieser symptomenreichen Konstitution zugehörigen Symptome vorhanden sein.

Bei solch neuropathischen Kindern tritt der Pseudokrupp auf. Heubner erwähnt in seinem Lehrbuch, daß bei der Entstehung des Pseudokrupp auch nervöse Momente mitspielen können, doch man kann noch weiter gehen und sagen, daß der Pseudokrupp eine pathologische Reaktion der Laryngitis ist, ein pathologischer Reflex, den der Katarrh

der Schleimhaut auslöst. Das Atmungshindernis verursacht die Verengerung der Stimmritze.

Theoretisch kann die Verengerung auf zweierlei Weise zustande kommen, entweder durch krampfhafte Kontraktion der Stimmritze, oder durch Parese der Dilatatoren der Stimmritze. Meinerseits möchte ich den Pseudokrupp durch krampfhafte Kontraktion der Konstriktoren der Stimmritze erklären. Hierfür spricht meine Erfahrung, daß auf Darreichung von Atropinpräparaten (Extr. belladonnae) in ziemlich großen Dosen, die ich meinen Kranken, da ich den Pseudokrupp für auf Vagusirritation beruhend hielt, verabreichte, nicht nur der Anfall rasch vorüberging — was ja auch von selbst vorkommt — sondern in der Mehrzahl der Fälle wiederholte er sich weder in der nächsten noch in den darauf folgenden Nächten. Solchen Kranken, bei denen ich schon einmal Pseusokrupp beobachtete, gab ich immer präventiv bei jeder Erkältung Belladonna und konnte in der Mehrzahl der Fälle während mehrerer Jahre das Auftreten von Pseudokrupp verhindern. Das Atropin bewährte sich bei der Behandlung des Pseudokrupps ebenso wie bei der anderen Vagusneurose, dem Asthma bronchiale.

Außer dem Gesagten spricht für die neuropathische Grundlage des Pseudokrupps das plötzliche Auftreten des Anfalls und das plötzliche Aufhören.

Das nächtliche Auftreten sagt nichts dagegen, denn andere nervöse Symptome, beispielsweise der Pavor nocturnus, treten auch nur nachts auf.

Der bellende Husten kommt dadurch zustande, daß die Exstirpation die krampfhaft geschlossene Glottis plötzlich öffnet.

Das subglottische Ödem ist eine sekundäre Erscheinung, deren Grund eben die krampfhaft geschlossene Stimmritze ist.

Daß der Pseudokrupp nur in einem gewissen Alter auftritt, spricht ebenfalls für seinen neuropathischen Charakter. Viele neuropathische Symptome sind an eine gewisse Phase des Lebens, an das Kindesalter gebunden. Hierher gehört beispielsweise dasjenige Weinen der nervösen Kinder, wenn sie im Zorn zu weinen beginnen, und wo dem langen Inspirium bloß nach relativ langer Pause das Exspirium folgt; dabei werden die Lippen blau verfärbt, das Gesicht erblaßt, der Körper wird steif. Das „Wegbleiben“ der Kinder verschwindet spurlos nach dem dritten Lebensjahr. Pavor nocturnus, Enuresis nocturna heilen auch nach einem gewissen Alter.

Nach all dem halte ich den Pseudokrupp für eine pathologische Reaktion der Laryngitis, welche nur bei neuropathischen Kindern auftritt.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Firmin Philips, Über Dyspnoe beim Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65. S. 418.) Untersuchungen, mit dem Pneumo-

graphen angestellt, in der Absicht, für bestimmte Erkrankungen einen bestimmten Atemtypus aufzufinden. Es ergab sich:

Ätiologisch verschiedene Dyspnoe kann gleiche Veränderungen der Atmungskurven gegenüber der Norm bedingen. Die Art der Dyspnoe hängt mehr von dem jeweils im Vordergrund stehenden einzelnen Symptom als von dem gesamten Krankheitsbilde ab. Die große Atmung, die sich bei akuten toxischen Ernährungsstörungen findet, ist auf Kompensationsstörungen zurückzuführen. Hecker.

Rico Pfisterer, Obstipation infolge Darmabknickung. Beitrag zur Lehre von der sogenannten „Hirschsprungschen Krankheit". (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65. S. 160.) Die Bezeichnung „Hirschsprungsche Krankheit" gilt für einen klinisch beobachteten Symptomenkomplex.

Megalocolon congenitum ist eine überaus seltene Anomalie. Mit Sicherheit läßt sie sich nur auf Grund der anatomischen Untersuchung erkennen. Klinisch wäre der Befund des Rektums ausschlaggebend.

Die überwiegend große Mehrzahl der Fälle von sogenannter „Hirschsprungscher Krankheit" beruht auf einer partiellen, meist angeborenen Dickdarmanomalie, und zwar am häufigsten im Bereich der Flexura sigmoidea (Makroflexur) oder auf einem primär oder sekundär abnormen Verhalten des Mesosigmoideum. Davon streng zu trennen sind die von Marfan als „Constipation congénitale" bezeichneten Formen der Obstipation.

Bei totaler und partieller Ausbildung des Megalokolon bei abnormem Verlauf des Darmrohres infolge abnormem Mesenterium ist oft Klappenbildung infolge Abknickung die Ursache der Kotverhaltung. Eine bestimmte Veranlassung kann bei latenter Anomalie, die sehr geringgradig zu sein braucht, die Abknickung auslösen, z. B. Entwöhnung; hat deren Einwirkung begonnen, so stellt sich ein Circulus vitiosus her.

Die verschiedenerseits konstatierte Tatsache, daß solche Dickdarmanomalien beim männlichen Geschlecht weit häufiger beobachtet sind, kann auf die räumlichen Verhältnisse des Beckens zurückgeführt werden. Überhaupt üben die Verhältnisse des knöchernen Beckens einen begünstigenden Einfluß aus auf das Zustandekommen dieser Form der chronischen Obstipation.

Für eine kongenitale Abnormität des Darms spricht der Umstand, daß außer der Dickdarmanomalie bisweilen noch andere kongenitale Mißbildungen im betreffenden Individuum beobachtet werden.

Hecker.

Max Soldin, Zur Kenntnis der Darmfäulnis im Säuglingsalter bei verschiedenartiger Ernährung. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65. S. 292.) Bei einer Reihe von Säuglingen werden die Fäulnisprodukte bei verschiedener Ernährung bestimmt. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Bestimmung der gesamten Schwefelsäure, der Ätherschwefelsäuren, der Phenole, des Indikans, der flüchtigen organischen Säuren und des Urobilinogens. Die untersuchten Säuglinge waren zum Teil nie krank gewesen, zum Teil befanden sie sich schon so lange in der Rekonvaleszenz, daß man bei ihnen einen normalen

Ablauf des Chemismus der Vorgänge im Magendarmkanal voraussetzen konnte. Bezüglich der zahlenmäßigen Resultate muß auf das Original verwiesen werden. Hecker.

J. W. Troitzky, Die Funktionsstörungen des Herzens bei Scharlach. (Behandlung mit Serum.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 393.) Unter 43 Scharlachkranken wurden in 33 Fällen charakteristische, meist schwere Erscheinungen auf dem Gebiete des Gefäßsystems konstatiert. 10 von den Fällen gingen letal aus. Aus den Ergebnissen der Untersuchungen sei folgendes angegeben:

1. Der schädliche Einfluß der Scharlachsepsis oder der Produkte derselben auf das Gefäßsystem im allgemeinen und auf das Herz im besonderen muß als eine gewöhnliche Erscheinung betrachtet und in die Gruppe der konstanten klinischen Symptome eingetragen werden.

2. Die Funktionsstörungen des Herzens und Gefäßsystems werden in allen Stadien des Scharlachprozesses beobachtet, mit der ersten Temperatursteigerung beginnend und mit normal verlaufender Periode der Genesung endend.

3. Die Intensität der Epidemie und die Schwere der Erkrankung üben scheinbar keinen direkten unmittelbaren Einfluß auf die Stärke der Funktionsstörungen aus, die jedoch als jenes vom Standpunkte der Prognose ungünstige Memento mori erscheinen, dank dem die Perspektive des traurigen Ausgangs deutliche zutage tritt.

4. Indem sie für sich allein keine das Leben gefährdende Erscheinungen darstellen, vermögen die Funktionsstörungen im kindlichen Organismus auf die Dauer solche Abweichungen von der Norm hervorzurufen, bei denen der normale Verlauf der physischen und geistigen Entwicklung in beträchtlicher Weise gestört werden kann.

5. Von den einzelnen klinischen Merkmalen der Funktionsstörungen werden am meisten das Geräusch an der Spitze und Arhythmien verschiedener Art beobachtet.

6. Die subkutane Einführung größerer Mengen von Serum erzeugt, obwohl nur vorübergehend, doch ziemlich scharfe Veränderungen der sphygmographischen Kurve mit deutlichen Hinweisungen auf ernste Veränderungen in der Tätigkeit des Gefäßsystems.

7. Ihrem wissenschaftlichen und praktischen Interesse zufolge verdienen die beschriebenen Störungen besondere Aufmerksamkeit. Ihr weiteres Studium auf Grund einer möglichst großen Zahl von Kranken und bei Epidemien von verschiedenem Charakter wäre nicht nur wünschenswert, sondern sogar notwendig. Hecker.

P. Heim und **K. John,** Über die interne Anwendung von Salzlösungen bei Behandlung der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. (Aus dem Barmherzigen-Spital zu Budapest.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Februar 1908.) Bei akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge wird durch Verarmung des Körpers an Wasser oft ein rapider Gewichtsverlust hervorgerufen, der für den kindlichen Organismus eine große Gefahr bedeutet. Der Arzt hat diesen drohenden Wasserverlust energisch zu beheben, um einen tödlichen Kollaps vorzubeugen.

Stellt man nun einen Säugling mit einer akuten Ernährungsstörung für 24 Stunden auf absolute Hungerdiät und gibt ihm während dieser Zeit per os ca. 1 Liter einer Lösung von 5 g Natr. chlorat. und 5 g Natr. bicarboric. auf 1000 g Aq. dest., so erzielt man in der Regel einen beträchtlichen Anstieg der Gewichtskurve und ein Verschwinden der klinischen Symptome der Wasserarmut. Die Kinder nehmen diese Lösung, vielleicht durch das Salz zum Durste getrieben, gierig. Man kann wohl annehmen, daß bei den akuten Ernährungsstörungen: Vorstufen, geringere und stärkere Vergiftungsgrade des Organismus vorkommen. Diese Vergiftungen entstehen teils dadurch, daß Toxine im Darme resorbiert werden, teils sich solche im intermediären Stoffwechsel bilden. Welcher Art diese Gifte sind, ist noch unentschieden, das eine jedoch gewiß, daß wir es mit einer intermediären Azidose zu tun haben und daß vergiftende Stoffe im Blute, in den Gewebssäften zirkulieren. Verwässert man nun den Körper, so wird der relative Giftgehalt des Blutes und der Gewebsflüssigkeiten wesentlich erniedrigt. Es handelt sich nämlich nach Weigert bei der Wasserretention um eine gleichzeitige Sero- und Historetention, d. h. es werden nicht nur die Gewebssäfte verdünnt, sondern es wird auch Wasser in den Geweben zurückgehalten. Die auf diese Art verdünnten Gifte werden nach Auftreten der erhöhten Diurese bald ausgeschieden. Dafür spricht wenigstens der Umstand, daß Fiebererhöhungen, selbst hohe Temperaturen von 30—40° meist binnen 24 Stunden kritisch abfallen, daß der stetigen Unruhe ein erquickender Schlaf folgt, die trägen müden Bewegungen zu lebhaften Gesten werden, auf dem verzagten, verzerrten Gesichte ein weiches Minenspiel auftritt. Mit einem Worte, es verschwinden die klinischen Symptome der Intoxikation, welche seit Finkelsteins Mitteilungen allgemein bekannt sind.

Die Versuche wurden bei 59 Fällen akuter Ernährungsstörung angestellt; 54 davon wurden geheilt.

Der Vorteil des Verfahrens liegt eben darin, daß es uns auf diese Weise durch „Auswaschen" des Körpers gelingt, beginnende Intoxikationen im Keime zu ersticken, bereits aufgetretene Vergiftungserscheinungen binnen kurzer Zeit zum Verschwinden zu bringen und einem lebenbedrohenden Wasserverlust Einhalt zu gebieten.

Grätzer.

A. W. Bruck, Über den Mineralstoffwechsel beim künstlich genährten Säugling. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Februar 1908.) B. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Stickstoff und Gesamtaschenbilanz verlaufen gleichsinnig.

2. Aschenzufuhr und -Umsatz sind ungleich größer als beim natürlich ernährten Kinde.

3. Der Einfluß der Nahrungsart scheint bei sonst gleichen Bedingungen für Resorption und Retention von großer Bedeutung.

4. Im einzelnen wird ein großer Teil, oft der größte, der zugeführten Salze resorbiert und etwa $^1/_4$—$^1/_2$ retiniert.

5. Die Alkalien können fast restlos resorbiert werden. Bei der

Retention scheint der Körper bestrebt, das Natrium besonders zurückzuhalten.

6. Die alkalischen Erden werden in beträchtlicher Menge im Stuhle ausgeschieden; stets mehr als im Harn.

Eine Anzahl weiterer Untersuchungen mit exakter Fragestellung wird noch nötig sein, um eindeutig über Resorption und Retention zu urteilen. Dann erst wird sich der Wert oder Nichtwert der einzelnen Mineralbestandteile in Quantität und Qualität, sowie die Bedeutung aller ihrer Beziehungen zueinander feststellen lassen. Grätzer.

Arnold Wittek, Die operative Behandlung des partiellen Tibiadefektes. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 17. S. 473.) Bei einem 4 Jahre alten Mädchen mit einem Defekt der unteren Hälfte der rechten Tibia, lockerer Verbindung von Tibia und Fibula, Verkürzung des Unterschenkels und Equinovarusstellung des rechten Fußes versuchte W. zunächst eine feste Verbindung zwischen der Fibula und dem Tibiarest herzustellen, um bei Erhaltung des normalen Kniegelenks das Wadenbein zum Stützbein der Extremität zu machen. Zu diesem Zweck wurde ein Längsschnitt entsprechend dem Verlauf der Bizepssehne angelegt und die letztere vom Fibulaköpfchen abgelöst. Unter möglichster Schonung des Intermediärknorpels wurde das Fibulaköpfchen proximal und an der Medialseite angefrischt. Nach subperiostaler Abschiebung der an der Tibiametaphyse ansetzenden Muskeln wurde an letzterer ein der Form und Ausdehnung nach entsprechender Teil der Tibia abgespalten und fortgenommen. Nun ließ sich das angefrischte Fibulaköpfchen unter kräftigem Zug sehr gut in die entsprechende Stufe der Tibia einlegen, so daß die Tibia mit ihrem Rest die Fibula schiente und sicher in der neuen Stellung erhielt. Diese gute Adaptierung machte eine Knochennaht unnötig, es wurde nur mit starken Seidenähten der Periostüberzug beider Knochen vereinigt. Trotz schwerer Infektion trat die gewünschte Verbindung beider Knochen ein. Bei einer zweiten Operation wurden Talus und Kalkaneus an der lateralen Seite des ersteren, an der oberen Seite des letzteren so angefrischt, daß beide Knochen zwei Begrenzungsflächen einer Nische bildeten, in welche das untere Fibulaende sehr gut eingepaßt werden konnte. Die Heilung erfolgte auch hier ohne Verletzung des Epiphysenknorpels der Fibula. Das Bein konnte vollkommen als Stützbein verwendet werden.

Joachimsthal (Berlin).

W. Pulawski (Radziejow), Zur Statistik der Scharlachserumtherapie. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 5.) P. hat bei 69 Fällen das Bujwidsche Serum angewandt, gibt in Tabellen über die Resultate der Behandlung Aufschluß und schließt folgende Bemerkungen an:

1. Obwohl ich der vielen verschiedenen ungünstigen Umstände wegen nur kleine, ja sogar minimale Heilserumquantitäten anzuwenden genötigt wurde, bekam ich doch fast dreimal bessere Resultate als bei der gewöhnlichen Therapie.

2. Das Scharlachserum zeigte sich in den angewandten Quantitäten als ein vollkommen unschädliches Heilmittel. Es wurden niemals

Beschwerden wichtigerer Natur, weder lokal noch im allgemeinen beobachtet, welche als Heilserumkomplikationen betrachtet werden können. Die nesselartigen Eruptionen dauerten kurze Zeit und waren nicht lästig.

3. In den 10 letalen Fällen, welche von Anfang an als hoffnungslose erschienen, übte das Heilserum keine positive günstige Wirkung. In den übrigen 25 schweren Fällen, die sich von Anfang an als solche darstellten, wirkte das Heilserum sichtlich günstig, indem es die Eruption beförderte, ihre Zeitdauer verkürzte, die schweren Krankheitssymptome milderte, die Lebensgefahr beseitigte und eine schnellere Rekonvaleszenz bewirkte. Wahrscheinlich behütete auch das Heilserum die Kranken vor den konkomitierenden Komplikationen und Nachkrankheiten (Otitis, Lymphadenitis, Nephritis usw.).

4. In den zwei schweren Fällen, wo sich später eine besonders ausgedehnte Angina diphtheroides zeigte, bewies die kombinierte Anwendung des Scharlach- und des Diphtherieheilserums den besten Erfolg. In einem analogen Falle blieb die kombinierte Heilserumtherapie wirkungslos.

5. In den 34 mittelmäßigen und leichteren Fällen wirkte das Heilserum, wenn es auch in geringen Quantitäten früh genug verabreicht wurde, sehr günstig, indem es alle die zu erwartenden gewöhnlichen Symptome abschwächte, den ganzen Krankheitsverlauf verkürzte und augenscheinlich eine bedeutend frühere und leichtere Rekonvaleszenz verursachte.

6. Das aus Prof. O. Bujwids Laboratorium bezogene Heilserum ist aus dem Blute solcher Pferde gewonnen, welche durch Impfungen mit den vom Blute schwerer Scharlachkranker kultivierten Streptokokken infiziert werden. Nach der völligen Wiedergenesung der Tiere werden die weiteren Impfungen fortgesetzt; nach den wiederholten Impfungen wird das Blut etwa $1^1/_2$—3 Monate nach der letzten Impfung den Tieren entnommen, und daraus wird das Scharlachserum präpariert.

Grätzer.

F. Ahlfeld, Abnabelung, Nabelverband und Behandlung des Nabelschnurrestes. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 6.) Aus diesem interessanten „klinischen Vortrag“ seien folgende Stellen wiedergegeben:

„An welcher Stelle soll man unterbinden und durchschneiden und die weitere, soll man auch nach der Mutter zu, also doppelt, unterbinden?

Das letztere Verfahren ist vorzuziehen, da man einerseits es wissentlich oder unwissentlich mit Zwillingen zu tun haben kann und, sind dies eineiige, mit einer gemeinsamen Plazenta, so könnte, bei Unterlassung der mutterwärts anzulegenden Unterbindung eine Verblutung des noch in der Gebärmutter lebenden Zwillings durch die Plazentaranastomosen erfolgen; anderseits ist diese Unterbindung praktisch, weil man dann weiß, alles Blut der Unterlagen stammt von der Mutter, was bei der Abschätzung der Menge bei Blutverlusten von Wichtigkeit sein kann. Auch würde aus dem offenen Nabelstrang, den man gewöhnlich nach der Abnabelung in eine Leistenbeuge der Mutter zu legen pflegt, unnütz die Mutter blutig beschmutzt werden.

Die Stelle, wo die Trennung zu erfolgen hat, soll nahe dem Kinde liegen; doch soll dieser Teil von vornherein etwas länger bemessen werden, damit man später noch eine zweite oder gar dritte Unterbindung vornehmen kann und damit das zurückgelassene Stück sich dem Bauche, bei seiner späteren Einpackung, gut anschmiegen läßt.

Zumeist ist diese erste Unterbindung nur eine interimistische. Die definitive erfolgt erst später. Es ist daher auch einerlei, an welcher Stelle man unterbindet. Gewöhnlich bleibt man etwa 10 cm vom Kindesnabel entfernt.

Zur Unterbindung nehme man keinen Seidenfaden, keine Gummischnur. Sie schneiden zu leicht durch und veranlassen dann direkt Blutungen oder gar Hämatome, die noch unangenehmer sind, da sie eine zweite nachhaltige Unterbindung sehr erschweren. Bei sehr dicken, sulzreichen Strängen drücke man an der Unterbindungsstelle vorher die Sulze etwas mit zwei Fingern weg. Am geeignetsten ist ein $^{1}/_{2}$ cm breites Leinenband, das aus der Kresolseifenlösung herausgenommen, schlüpfrig genug ist, um sich fest zuziehen zu lassen. Auch die Schere muß natürlich wohldesinfiziert sein. Man bewahrt sie in der gleichen Lösung auf. Die zur Abnabelung benutzten Scheren müssen, um Verletzungen zu vermeiden, vorn abgerundet sein und, damit das Kind nicht im Augenblick des Durchschneidens mit seinen Händen zwischen die Branchen kommt, nehme man die Durchschneidung in der halbgeschlossenen Hohlhand vor.

Bei der ersten Unterbindung achte man auf die Dicke, den Sulzreichtum des Nabelstrangs. Binnen kurzer Zeit, auch wenn man sehr kräftig das Nadelband geschnürt hat, kann durch Verdunstung der flüssigen Sulze die Umschnürung sich lockern und der Blutstrom durch die beiden Nabelarterien, wenn sie sich noch nicht dauernd und fest kontrahiert haben, den Weg nach außen finden. Die Kinder bluten aus der unterbundenen Schnur. Schon aus diesem Grunde ist es zweckmäßig und ist auch wohl allerseits eingebürgert, den Hebammen anbefohlen, auf die erste Unterbindung eine längere Beobachtungszeit folgen zu lassen, während welcher vor allem die Aufmerksamkeit der eben Entbundenen zugewendet und das Kind gereinigt und gebadet werden soll. Darüber vergeht, je nach der Zeit, die man zur Beendigung der Nachgeburtsperiode für zweckmäßig hält, eine Stunde und darüber. Wir warten $1^{1}/_{2}$ Stunden und länger. In dieser Zeit ist der Nabelstrang, oft schon sichtlich, geschrumpft, und eine zweite definitive Unterbindung wird jetzt die Gefäße so fest umschnüren, daß im weiteren Verlaufe des Eintrocknungsprozesses eine Nachblutung ausgeschlossen ist. Immerhin sehe man ab und zu nach, ob die Nabelbinde etwa blutig wird.

Mit dieser zweiten Unterbindung hängt nun eng die Art der Versorgung des Nabelschnurrestes zusammen, die bei weitem wichtigste Vornahme bei der Behandlung des neugeborenen Kindes. Es unterliegt keinem Zweifel, daß in der vorantiseptischen Zeit eine große Zahl von Kindern der Infektion durch die Nabelwunde zum Opfer gefallen ist.“

„Zweifellos ist das der Kernpunkt der Frage: Sind wir, sind besonders die Hebammen, denen ja in 95 % der Geburtsfälle die

Besorgung des Neugeborenen obliegt, in der Lage den Nabelschnurrest so zu sichern, daß keine Wundinfektion eintritt?

Ich nehme hier die Antwort voraus: Für Anstalten ist dies Ziel erreicht, und das in der Marburger Klinik eingeführte Verfahren ist so einfach, daß es jede Hebammenschülerin lernt und, wenn sie will und die zuständige Behörde ihr es gestattet, es auch in der Praxis durchführen kann.

Um dies Ziel zu erreichen, sind die leitenden prinzipiellen Punkte folgende: Man kürze den Nabelschnurrest bis auf das erlaubte Mindestmaß, wasche den Rest und die ihn umgebende Haut mit unverdünntem Weingeist, sobald das Kind aus dem Bade genommen ist, bedecke ihn mit sauberer Watte, die durch eine leinene Nabelbinde am Bauche befestigt wird, und lasse diesen Verband bis zum Abfallen des Nabelschnurrestes liegen, gebe also bis dahin kein Bad. Die bisherige Methode, den Nabelschnurrest, ohne ihn wesentlich zu kürzen, in ein leinenes Läppchen einzuwickeln, das täglich, gelegentlich des einen, wohl auch zweier Bäder, gelöst wurde, trägt neben der Unsauberkeit, mit der diese Manipulationen ausgeführt wurden, die Hauptschuld. Also gründliche Handdesinfektion, gründliche Desinfektion des absterbenden Restes und seiner lebenden Umgebung und Dauerverschluß mit keimfreiem oder sauberem Material, das sind die altbewährten chirurgischen Maßnahmen, die auch ein aseptisches Heilen der Nabelwunde ermöglichen.

Unser Verfahren gestaltet sich demnach in seinen einzelnen Abschnitten folgendermaßen:

Das ebengeborene Kind wird, sobald es kräftig schreit, also nach einigen Minuten, abgenabelt, d. h. die Schnur etwa 10 cm vom kindlichen Nabel mit Leinenbändchen doppelt unterbunden und zwischen beiden Ligaturen mit der Schere durchschnitten. In eine warme Windel oder Unterlage eingehüllt, legt man es an einen Ort, wo es nicht zu Schaden kommen kann und warm liegt. Von Zeit zu Zeit schaut jemand auf die durchschnittene Schnur, ob etwa eine Blutung stattfindet. Im übrigen gehört die Aufmerksamkeit der hilfeleistenden, verantwortlichen Person ganz der Mutter, bis diese einer stetigen, ununterbrochenen Überwachung nicht mehr bedarf. Darüber vergeht ungefähr eine halbe Stunde. Jetzt macht die Hebamme das Kinderbad zurecht, befreit das Kind vor seinem Einbringen in die Badewanne von Blut, Talgschmiere und Kot mittels Abreibens mit einem Leinentuche, badet es und trocknet es danach ab. Darüber kann gut wieder eine halbe Stunde vergehen, wenn alles in Ruhe und gewissenhaft gemacht werden soll. Das nun gereinigte, gut getrocknete Kind wird nochmals in eine warme Windel eingeschlagen, weil die Hebamme jetzt, wenn die Nachgeburt nicht inzwischen spontan kam, die Plazentaperiode beenden und im Anschluß daran die nun Entbundene mit frischen Unterlagen versehen und warm betten wird.

Nun kommt der Akt der definitiven Nabelschnurversorgung: Wir unterbinden einen Zentimeter von der Nabelkegelhöhe die bereits deutlich kollabierte Schnur ebenfalls mit einem Leinenband und schneiden mit scharfer, wohl desinfizierter Schere den Nabelschnurrest $^1/_2$ cm über der Ligatur glatt ab. Den restierenden Stumpf von $1^1/_2$ cm

Länge betupfen wir mittels eines Wattebausches mit 85 $^0/_0$igem Alkohol (Weingeist der Pharmakopoe), und bedecken ihn mit einem handtellergroßen Bausch Watte, die frisch aus dem eben geöffneten Paket herausgenommen wird. Über diesen Wattebausch kommt dann die saubere Nabelbinde. Danach wird das Kind angekleidet, und ist auch die Mutter in Ordnung gebracht, so mögen im ganzen $1^1/_2$ Stunde vergangen sein — in der Anstalt länger, da wir die Plazenta erst nach zwei Stunden zu exprimieren pflegen — und das ist die Zeit, die die Hebamme zum mindesten bei der frisch entbundenen Frau, nach Geburt des Kindes, noch zuzubringen hat.

Die Nachbehandlung ist ungemein einfach. Wird das Kind bei den beiden Besuchen der Hebamme frisch gekleidet, so wird es, während es sonst gebadet wurde, gewaschen, ohne den Verband zu entfernen. Die Nabelbinde kann, wenn sie beschmutzt ist, sehr wohl durch eine neue ersetzt werden. Bei Knaben ereignet es sich nicht selten, daß der Harnstrahl die oberen Partien des Wattebausches durch die Nabelbinde hindurch anfeuchtet. Dann lassen wir die oberen Partien des Wattebausches durch frische Watte ersetzen, niemals aber darf der Verband, der nun an die Nabelwunde angeklebt ist, abgerissen werden. Sollte, was bei uns nur sehr selten vorgekommen ist, auch die untere Partie mit abgehen, dann haben wir den Stumpf und seine Umgebung nochmals mit Weingeist betupft.

Die Nachbehandlung wird solange fortgeführt, bis mit der Ablösung des Nabelschnurrestes der Wattebausch abfällt.

Ein auffälliger Unterschied gegenüber anderen Behandlungsmethoden ist, daß bei der Verwendung des Alkohols die schließliche Abstoßung etwas später erfolgt als sonst. Bei 866 Kindern, bei denen wir uns hierüber Aufzeichnungen gemacht haben, war der Abfall erfolgt am

Tage	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	in
	3	18	36	73	96	172	131	89	21	11	4	2	Fällen.

Bei 235 Kindern war am Tage der Entlassung der Abfall noch nicht beobachtet. Wohl möglich, daß bei einer Reihe dieser Kinder unter dem noch anklebenden Verbande der Rest bereits abgestoßen war. In dieser etwas späteren Abstoßung einen Nachteil der Methode zu sehen, geht nicht an, denn das Kind leidet in keiner Weise darunter. Im Gegenteil bemerken wir, daß nachträgliche Eiterungen aus dem Nabeltrichter und Fungusbildung (Nabelschwamm, wildes Fleisch) viel seltener auftritt als bei schnellerer Abstoßung.

Ein großer Streit ist darum entstanden, ob die Weglassung des täglichen Bades dem Kinde einen Nachteil bringe. Die Ansichten gehen sehr auseinander. Ich kann mich daher nur nach unseren Erfahrungen richten, die keinen Schaden für das Gedeihen des Kindes haben erkennen lassen. Von dem unleugbaren Nutzen muß ich weiter unten reden. Ich halte das Weglassen des Bades für eine der wichtigsten Neuerungen in der Behandlung des Nabelschnurrestes. Bei äußerst sorgsamer Aufsicht wird es zwar in Anstalten gelingen, mit Hilfe eines erprobten Personals sichtbare Schädigungen durch das tägliche Öffnen und Neuverbinden der Nabel-

wunde zu vermeiden. Der Komfort einer Entbindungsanstalt ermöglicht in dieser Beziehung manches, was außerhalb der Anstalt nicht in dem Maße gelingen wird. Wenn ich aber hier hinzufüge, daß in der Marburger Anstalt den Schülerinnen kurze Zeit schon nach ihrem Eintritt diese Hantierung überlassen werden kann, ohne daß, wie ich gleich auseinanderzusetzen habe, Schädigungen wahrgenommen wurden, so schiebe ich dies nicht ohne Grund auf drei Hauptpunkte des Verfahrens, die starke Kürzung des Stranges, die Desinfektion des Restes und seiner Umgebung mittels Alkohol und das Weglassen des Bades, d. h. das Inruhelassen der Wunde. Für die allgemeine Hebammenpraxis würde ich es für den allergrößten Fortschritt halten, wenn mit Einführung dieser Methode auch das tägliche Bad wegfiele; denn die noch weniger in der Händedesinfektion geübten Hebammen werden gerade beim Lösen und Wiederverbinden in den ersten Tagen am leichtesten eine Infektion herbeiführen. Bei genauer Kontrolle mittels Thermometer fanden Berend und Rasz, daß beim täglichen Bad zweimal so häufig Nabelerkrankungen (Temperaturen über 37,8 °) vorkamen und der Verlauf der Infektion schwerer war. Gegenteilige Erfahrungen berichtet Anthes aus der Hallenser Klinik. Den günstigen Resultaten entspricht auch die bakterielle Prüfung, die Glasko ausführte, wonach die Menge der Mikroben, sowohl der pathogenen als saprophyten, in den Fällen geringer war, wo das tägliche Bad unterblieb.

Unsere Methode empfiehlt sich durch ihre Endresultate. Vom 23. September 1898, an welchem Tage wir mit dem beschriebenen Verfahren begannen, bis zum 14. Oktober 1907, dem Tage meines Scheidens aus der Entbindungsanstalt, sind 3264 Frauen entbunden und keins der Kinder ist einer Nabelinfektion zum Opfer gefallen. Bei allen Neugeborenen, bei denen auch nur der geringste Verdacht bestand, ihr Tod hinge mit irgendeinem infektiösen Prozesse zusammen, wurde nicht nur die Sektion von berufener Seite gemacht, sondern der Obduzent wurde von mir oder von dem mich vertretenden Arzte gebeten, besonders auf die Möglichkeit einer Nabelinfektion zu achten. In ätiologisch zweifelhaften Fällen ist auch zumeist eine Blutuntersuchung vorgenommen worden. Mehr kann eine Methode kaum leisten, und ich kann daher wohl mit einigem Recht behaupten, daß hier eine noch zweifelhafte Frage tatsächlich zu einer definitiven Entscheidung gebracht ist.

Nur in ganz vereinzelten Fällen sahen wir uns bei Verdacht einer Nabelerkrankung genötigt, den Verband wegzunehmen, zu desinfizieren und neu zu verbinden.

Blutung aus dem Stumpf ist nur eine notiert, Blutung nach Abfall des Restes ebenfalls eine, und zwar am 14. Tage. Ein Todesfall an Verblutung kam nicht vor.“ Grätzer.

L. Baron, Über Lungenabszesse bei Säuglingen. (Aus dem Friedrichs-Waisenhause in Rummelsburg.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 3.) B. führt kurz die 7 bisher in der Literatur publizierten Fälle dieser Art an und beschreibt einen neuen Fall, wie folgt:

M. G., geboren am 16. V. 1907, aufgenommen am 30. V. 1907 wegen Lebensschwäche. Frühgeburt. Großmutter an Phthisis gestorben. Nahrung bisher Brust.

Sehr elendes Kind. Stuhl dyspeptisch. Gewicht 2110 g. Nahrung: Ammenbrust.

12. VI. Nachts Kollaps. 38,6° C. Organbefund regelrecht.

14. VI. Leichte Otitis media dextra. Stuhl dyspeptisch, enthält reichlich Neutralfett.

16. VI. 38,3° C. Lunge: LHMU etwas abgeschwächtes Bronchialatmen und Rasseln und Dämpfung. Probepunktion negativ. Übergießungsbäder verordnet.

18. VI. Lungenbefund unverändert. LHU ziemlich intensive Dämpfung.

22. VI. Lungen: Stat. id. Erneute Probepunktion ergibt in 1,7 cm Tiefe dickflockigen, zum Teil bröckligen Eiter zusammen mit Luftblasen. Eiter enthält keine Tuberkelbazillen. Diagnose: Lungenabszeß.

Ich versuchte wegen der großen Schwäche des Kindes die Bülausche Heberdrainage. Der dickflockige Eiter ging aber durch den Katheter nicht hindurch, nach Herausziehen des Katheters dringt aus der Stichwunde Eiter. Deswegen machte ich einige Stunden später in leichter Narkose zuerst nur eine interkostale Thorakotomie, und, da auch diese nicht genügte, schloß ich sofort eine 3 cm lange Rippenresektion an: Die Lunge ist mit der Pleura costalis oberhalb der Resektionsstelle verwachsen. Man sieht dicht unterhalb des oberen Wundrandes einen freien, scharfen Rand der Pleura pulmonalis, darunter eine über taubeneigroße Ulzeration der Lunge.

Tamponade, Verband.

Das Kind übersteht die Operation recht gut.

23. VI. Allgemeinbefinden leidlich. Puls kräftig. Trinkt besser als vor der Operation Brust.

26. VI. Hat auf Tuberkulinimpfung nach v. Pirquet nicht reagiert. Wunde sieht sehr gut aus. Reichliche gute Granulationen.

3. VII. Wundhöhle granuliert weiter gut zu. Das Kind hat in den letzten Tagen einen leichten Pemphigus neonatorum, der in die Station eingeschleppt war, durchgemacht. Kind elender, trinkt schlecht.

22. VII. Wunde viel kleiner.

6. VIII. Hat auf diagnostische Tuberkulininjektionen bis 1 mg nicht reagiert.

13. VIII. Wunde fast verheilt. Lungenbefund o. B.

16. VIII. Wunde verheilt. Allgemeinbefinden ziemlich gut. Gew. 2090 g. Temperatur dauernd normal.

Das Kind machte später eine schwere Bronchitis mit Herzschwäche und Ödem durch. Zurzeit ist das Befinden durch die besonders liebevolle Pflege seitens der Pflegerin wieder recht gut. Gewicht 3760 g.

Lungenabszesse, ebenso wie Lungengangrän, die öfters in der Literatur mit ihnen verwechselt worden ist, sind bei Kindern, speziell Säuglingen, sehr selten. Sie schließen sich an lobuläre, seltener kruppöse Pneumonien an, oder entstehen durch Aspiration von Fremdkörpern, z. B. auch Nahrung. Welche von diesen Möglichkeiten in obigem Falle vorlag, ist nicht sicher zu entscheiden.

Was die Frage der Operation anbelangt, so war diese hier unbedingt erforderlich. Bei Erwachsenen braucht man zwar nicht jeden Lungenabszeß sofort nach der Diagnosenstellung zu operieren, da die Möglichkeit der Spontanheilung besteht. Anders jedoch in den seltenen Fällen, in denen der Abszeß nicht in einen Bronchus durchbrochen ist — diese Fälle können nur durch Probepunktion sicher erkannt werden —; hier muß sich die Operation möglichst bald anschließen. Etwas Ähnliches lag bei obigem Kinde vor. Selbst wenn der Abszeß mit einem Bronchus in Kommunikation stand, so war wegen der großen Schwäche des Säuglings doch nicht zu erwarten, daß der Eiter abgehustet werden könnte. Es kam als ultima ratio nur die Operation in Frage, die auch lebensrettend wirkte.

Da das Kind zu elend war, so machte B. nach vergeblichem Versuch der Bülauschen Heberdrainage die Rippenresektion. Auf diese Weise glückte es ihm, das Kind zu erhalten. Es ist der einzige Säugling, der einen Lungenabszeß überstand. Grätzer.

E. Feer, Die kutane Tuberkulinprobe (v. Pirquet) im Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 1.) F. gibt seine Resultate bekannt und schließt mit den Worten:

Meine Erfahrungen führen mich, wie die meisten Beobachter, zu dem Schluß, daß die hervorragende Entdeckung v. Pirquets berufen ist, uns sehr wertvolle Dienste in der Diagnose zu leisten. Bei älteren Kindern und Erwachsenen reagieren allerdings auch viele Gesunde (d. h. Träger von kleinen inaktiven Herden) positiv auf die kutane und konjunktivale Probe (von 10—14 Jahren 55%, Erwachsene 90%, v. Pirquet; 10—15 Jahre 35%, Feer). Der positive Ausfall hat darum hier nur einen sehr beschränkten Wert und ist der negative Ausfall mehr von Bedeutung. Bei jüngeren Kindern wird der positive Ausfall um so seltener und wichtiger (und prognostisch ernster), je näher wir dem Säuglingsalter kommen, und steigt damit entsprechend die Wahrscheinlichkeit, daß die positive Reaktion auf eine vorhandene Affektion zu beziehen ist, welche tuberkuloseverdächtig ist. Ergibt z. B. ein Säugling mit unbestimmten Lungensymptomen positiven Pirquet, so ist die Lungenaffektion mit großer Wahrscheinlichkeit als tuberkulös aufzufassen, wogegen man es offen lassen muß, ob eine positive Reaktion bei einem 12jährigen Knaben mit einem chronischen Lungenkatarrh in Beziehung steht.

Vielversprechend scheint mir die Probe auch für die Aufklärung der Ätiologie und Pathogenese der kindlichen Tuberkulose. Hier liegt ein dankbares Arbeitsfeld für die Hausärzte. Bei systematischer jährlicher oder halbjährlicher Durchimpfung der Kinder aus gesunden und tuberkulösen Familien müssen sich wertvolle Tatsachen ergeben über den zeitlichen Eintritt der tuberkulösen Infektion und über den Einfluß der Tuberkulose bei Familiengliedern und Wohnungsgenossen.

Grätzer.

E. Neter, Zur Pathogenese des Fluor albus. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 2.) Ein 3½jähriges Kind litt seit mehr als einem Jahr an Fluor albus, den keine Therapie wegzubringen vermocht hatte. N. konnte an dem Mädchen sonst keine Anomalie finden, doch ergab sich, daß Patientin an einer sehr hartnäckigen Obstipation litt. Als jetzt diese durch zweckmäßige Diät beseitigt wurde, verschwand auch der Fluor und eine Neigung zu Intertrigo, die früher ebenfalls bestanden hatte. Das Kind blieb völlig frei von seinem Leiden, und nur ganz vorübergehend stellten sich zweimal Rezidive ein, als auf den Stuhlgang nicht so geachtet wurde.

Daraus geht unzweifelhaft hervor, daß zwischen Fluor und Obstipation ein Zusammenhang bestand; die bei der chronischen Stuhlträgheit vorhandene Blutstauung im Abdomen scheint wohl das Bindeglied zwischen den beiden Affektionen zu bilden. Grätzer.

F. Hamburger, Über Hauttuberkulide im Säuglingsalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 3.) H. weist auf die Bedeutung der Hauttuberkulide für die Erkennung der Tuberkulose im frühen Kindesalter hin. Am meisten charakteristisch an diesen Tuberkuliden ist das Fehlen jeglicher Ulzerationstendenz, die Depression im Zentrum, sowie bei längerem Bestehen die lividbräunliche Verfärbung und der bei Hautspannung auftretende Glanz der Effloreszenzen. Solche charakteristische Effloreszenzen sind allerdings oft nur in wenigen Exemplaren vorhanden, die einem leicht entgehen können. Findet man sie, dann bilden sie oft das einzige sichere klinische Zeichen für die Tuberkulose der Säuglinge und sind von wirklich ausschlaggebender Bedeutung für die Diagnose.

H. gibt einige Beispiele von papulosquamösen Tuberkuliden bei Säuglingen — bei ihnen kommt übrigens auch die papulonekrotische Form vor —, die nach seinen Erfahrungen gar nicht so selten sind, und betont nochmals, daß diese Eruptionen gerade in diesem Alter von großem diagnostischen Interesse sind. Grätzer.

W. Stoeltzner, Menstruatio praecox. (Aus der Univers.-Poliklinik f. Kinderkrankheiten zu Halle.) (Mediz. Klinik. 1908. Nr 1.) Ein $2^3/_4$ jähriges Kind menstruiert seit 10 Monaten regelmäßig, war also bei der ersten Menstruation 2 Jahre alt. Die Blutungen kommen aber nur alle 8 Wochen. Das Kind hat Brüste, wie ein gut entwickeltes 14 jähriges Mädchen, auch die Vulva ist sehr groß und sukkulent, der Introitus vaginae so weit, daß es mit größter Leichtigkeit gelingen würde, einen Finger einzuführen. Die Genitalien tragen überhaupt die wesentlichen Zeichen der Reife an sich, der Uterus ist ungewöhnlich groß. Auch die allgemeine Entwicklung des Kindes ist seinem Alter vorausgeeilt; die Länge beträgt 102 cm, das Gewicht 14510 g. Nach Gesichtsausdruck und Benehmen würde man das Kind auf 5 Jahre schätzen.

Es handelt sich also mehr um eine Pubertas praecox.

Die überstürzte Entwicklung des Kindes hat erst im extrauterinen Leben begonnen. Es wog bei der Geburt 3250 g, bekam mit 6 Monaten den ersten Zahn und lernte laufen erst mit $1^1/_4$ Jahr. Grätzer.

R. Greeff (Berlin), Über Prophylaxe und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen. (Die Therapie der Gegenwart. Januar 1908.) G. ist Gegner der üblichen hohen Dosierung der Höllensteinlösung sowohl bei der Prophylaxe wie bei der Therapie; man kommt mit viel geringer prozentuierten, für das Auge unschädlichen Lösungen aus. Zur Prophylaxe genügt durchaus $^1/_4$ $^0/_0$ iges Argent. nitric., und sollte das Credésche Verfahren nach dieser Richtung hin modifiziert werden. Wichtiger als die Prophylaxe aber ist die Anzeigepflicht der Hebammen und allgemeine Belehrung. Die Conjunctivitis gonorrhoica ist, behandelt, heilbar, und nur die unbehandelten Fälle führen zur Erblindung. Es ist den Hebammen immer wieder zu sagen, daß sie lieber hundertmal zu oft den Arzt holen lassen sollen als einmal zu wenig!

G. fährt fort:

„Bei den Fällen von gonorrhoischer Infektion des Auges würde ich empfehlen, das Auge möglichst häufig mit schwachen Argentumlösungen (0,1 %) auszuspülen. Es ist technisch ziemlich schwierig, die Lider bei den Neugeborenen zu ektropionieren und dann zu pinseln, wie es die alte Schule forderte. Beides können wir unterlassen. Das Pinseln und Auswischen ist ferner deshalb gefährlich, weil dabei sehr leicht die Kornea verletzt werden kann und die Gefahr der Infektion der Kornea um so größer ist. Wir verzichten in der Augenabteilung der Charité seit einigen Jahren auf beides. Wir nehmen eine einfache Flasche, bei der wir den Korken durchbohren und in die wir ein Tropfglas hineinstecken. Dann wird das Kind auf den Schoß oder auf den Tisch gelegt und einer macht bloß in der Weise Bewegungen, daß er die Lider auseinanderzieht und wieder zusammendrückt, während ein anderer die Lösung allmählich in die Lidspalte hineinlaufen läßt. Es ist ein Verfahren, das jedermann ohne weiteres lernen kann und bei dem kein Schaden entsteht.

Man macht diese Ausspülungen am besten in den ersten Tagen jede Stunde oder mindestens jede zweite Stunde, und es ist natürlich, daß das der Arzt nicht alles tun kann. Es ist aber jede Mutter oder jede Hebamme sehr leicht imstande, das Verfahren sich anzueignen. Es kommt also zur Heilung dieser Krankheit bloß darauf an, daß der Eiter nicht stagniert, und wenn man in dieser Weise vorgeht, in den ersten kritischen paar Tagen Tag und Nacht alle paar Stunden ausspült, so kann man mit Sicherheit darauf rechnen, das Auge zu erhalten. Man muß dann nur noch dem Personal auf das strengste einprägen, daß niemals am Auge gewischt wird. Auch der Arzt sollte dies niemals tun; man bekommt, wenn man immer mit den Lidern Bewegungen macht, die letzten Flocken aus der Übergangsfalte heraus."

Grätzer.

L. Langstein, Zur Frage der Beurteilung und Therapie chronischer Albuminurien im Kindesalter. (Therap. Monatshefte. März 1908.) Nach L.s an über 100 Fällen gewonnenen Erfahrung sind wir berechtigt, beim Kinde die Diagnose auf orthostatische Albuminurie zu stellen und entzündliche Veränderungen der Niere auszuschließen, wenn in über ein Jahr lang fortgesetzter Beobachtung folgende Postulate erfüllt sind:

1. Der Nachturin muß beständig eiweißfrei gewesen sein.

2. Der Eiweißgehalt des tagsüber entleerten Urins muß Schwankungen unterworfen sein. Neben Spuren in einer Portion können in der darauffolgenden relativ große Mengen von Eiweiß enthalten sein, was insbesondere nach psychischen Aufregungen in Erscheinung tritt. Die absolute Größe des Eiweißgehaltes hingegen ist irrelevant für die Diagnose der orthostatischen Albuminurie.

3. Das Eiweiß in seinem überwiegenden Anteil dadurch charakterisiert sein, daß es durch Essigsäure in der Kälte ausfällbar ist. Man stellt die Probe in der Weise an, daß man zwei Reagenzgläser bis zu gleicher Höhe mit Harn füllt, zu jeder Probe einige Tropfen nicht zu stark verdünnter Essigsäure hinzufügt, einige Minuten durch-

schüttelt und beide Proben mit destilliertem Wasser auffüllt. Zu einer derselben werden dann wenige Tropfen verdünnter Ferrocyankaliumlösung hinzugefügt. Die Stärke des Niederschlages in den beiden Proben gibt dann an, in welchem Verhältnis die Menge des durch Essigsäure fällbaren Eiweißes zu der durch Essigsäure + Ferrocyankalium fällbaren steht (Gesamteiweiß). Je geringer der Unterschied der Trübung in den beiden Gläsern, um so wahrscheinlicher ist das Vorliegen einer echten orthotischen Albuminurie.

4. Bis zu einem gewissen Grade für die Diagnose verwertbar scheint auch die Anwesenheit reichlicher Mengen von Oxalsäure.

So geben schon die Eigenschaften des Harnes eine Reihe wertvoller Anhaltspunkte für eine richtige Diagnose. Das klinische Bild der orthotischen Albuminurie ist recht bunt. Nur in einer Minderzahl von Fällen wird das Phänomen von gesunden Kindern dargeboten. Die Mehrzahl bietet eine Reihe recht charakteristischer Störungen. Es handelt sich gewöhnlich um neuropathische, vasomotorisch stark erregbare Kinder, meistens weiblichen Geschlechts, die subjektive Angaben machen, wie wir sie von chlorotischen Individuen häufig hören: Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeiten, leichte Ermüdbarkeit, Herzklopfen. Die objektive Untersuchung ergibt häufig eine starke vasomotorische Erregbarkeit.

Um die Diagnose sicherzustellen, ist es notwendig, den Blutdruck zu messen und den Augenhintergrund zu untersuchen. In keinem Falle orthostatischer Albuminurie ist der Blutdruck erhöht oder der Augenhintergrund verändert. Das Herz bietet Erscheinungen vasomotorischer Irritabilität, in keinem Falle jedoch die für die chronische Nephritis charakteristische Hypertrophie und Akzentuation des II. Aortentones. Häufig finden sich bei den an orthostatischer Albuminurie leidenden Kindern die Erscheinungen latenter Tuberkulose.

Über die Behandlung sagt L. folgendes:

„Die Wesensverschiedenheit orthostatischer Albuminurie und chronischer Nephritis im Kindesalter kommt in der Behandlung nicht zum Ausdruck. Wir haben leider kein Mittel, um die Prozesse günstig zu beeinflussen, aber dafür die wichtige Aufgabe: nicht zu schaden. Und ich halte es für einen unberechenbaren Schaden, den wir den kleinen, an chronischer Albuminurie leidenden Patienten zufügen, wenn wir sie längere Zeit oder dauernd im Bette halten, wie das leider noch häufig genug geschieht, und sie mit Milch überfüttern. Wir verschlechtern dadurch das Allgemeinbefinden, den Ernährungszustand und die Immunität der Kinder. Hier ist eine rationelle Übungstherapie am Platze! Kinder mit chronischer Albuminurie sollen nicht anders behandelt und ernährt werden wie gesunde Kinder derselben Altersstufe. Lediglich vor Erkältungen und Überanstrengungen müssen sie geschützt werden; eine mäßige Gymnastik ist jedoch ebenso am Platze wie gemischte Ernährung. Medikamentöse Behandlung soll vermieden werden; auch von einer Kur im heißen trockenen Klima wie in Ägypten, darf man sich nicht zu viel versprechen.“ Grätzer.

Raecke, Über epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie). (Arch. f. Psych. Bd. XLIII. Heft 1.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die epileptischen Wanderzustände stellen kein einheitliches Krankheitsbild dar. Es sind scharf zu trennen das Wandern im epileptischen Dämmerzustande und das Wandern ohne Bewußtseinstrübung im Verlaufe einer epileptischen Verstimmung. Endlich darf als dritte Gruppe der Hang zu impulsivem Fortlaufen bei epileptischem Schwachsinn abgegrenzt werden.

2. Beim Wandern im epileptischen Dämmerzustande finden sich Erscheinungen weitgehender Störung der Ideenassoziation, wie sie im allgemeinen bei Hysterischen nicht vorhanden sind. Ein weiterer Ausbau der Differentialdiagnose ist anzustreben.

3. In forensischen Fällen muß man stets versuchen, durch Vernehmung von Augenzeugen direkte Anhaltspunkte für das Bestehen eines epileptischen Dämmerzustandes zur Zeit der Tat zu erlangen. Der Nachweis epileptischer Antezedentien genügt an sich noch nicht. Die Anamnese ist kein einwandfreies Symptom. Dauernd geordnetes Verhalten ohne Verkehrtheiten in Wort und Tat, abgesehen von dem Delikte selbst, spricht zunächst gegen einen Dämmerzustand.

Auch Hysterische, Neurasthenische, Alkoholisten, Schwachsinnige zeigen Wanderzustände. Bei nervösen Wanderzuständen spielen dysphonische Momente ohne eigentliche Bewußtseinstrübung eine Rolle, der Schwachsinnige wird oft verleitet oder hat eine Art Leidenschaft für Reisen, er ist leichtsinnig und abenteuerlich.

In dem einen Fall des Verf.s (Fall V) gab der Patient nach Entlarvung die geheuchelte Amnesie auf und zeigte volle Erinnerung.

Kurt Mendel (Berlin).

Joh. Longard, Über „Moral insanity". (Arch. f. Psych. Bd. XLIII. Heft 1.) Ein großes Material stand dem Verf. zur Verfügung, er konnte u. a. folgendes aus der Betrachtung desselben folgern: Als charakteristische Symptome der Moral insanity erwähnt er besonders die von Jugend an bestehende Unerziehbarkeit und Neigung zum Verbrechen, unstätes Wesen, Empfindungs- und Gefühllosigkeit, Selbstüberhebung, reiche Phantasie; der Intellekt ist bisweilen ganz leidlich. Nicht selten sind somatische Degenerationszeichen. Hereditäre Belastung ist häufig, besonders spielt der Alkoholismus in der Aszendenz eine Rolle. Die Behauptung, die Moral insanity sei keine selbständige Krankheit, sondern nur ein Symptomenkomplex, ein Vorläufer schwerer Erkrankung, erkennt Verf. nicht an, doch gibt er zu, daß es sich bei den verschiedensten Psychosen auch einmal um „Moral insanity" — ähnliche Zustände handeln könne. Verf. unterscheidet die „moralische Idiotie" und „moralische Imbezillität."

Die an letzterer leidenden Individuen führen sich am besten in Irrenanstalten, während sie in Strafanstalten oder in der Freiheit versagen und zu Klagen, disziplinellem und strafrichterlichem Einschreiten Veranlassung geben. Daher fallen auch die Urteile der Gefängnisärzte so ganz verschieden von denen der Irrenärzte aus; das Krankheitsbild der moralischen Imbezillität ist eben je nach den Lebensbedingungen, unter denen die Kranken stehen, ein ganz verschiedenes.

Kurt Mendel (Berlin).

K. Natanson, Über das Vorkommen von Plattenepithel im Uterus von Kindern. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept. 1907.

Bd. 26. Heft 3.) Ausführlicher Bericht über 119 (im I. anatomischen Institut in Wien) untersuchte Uteri von Kindern bis zum 13. Lebensjahre, besonders aber des ersten Lebensjahres, unter vollständiger Berücksichtigung der bisherigen Forschungen und mit Beigabe einer Tafel mit mikroskopischen Bildern. Das Ergebnis seiner Untersuchungen faßt N. in folgende Schlußsätze zusammen:

„1. Die Maße des Uterus bei Kindern von 0—10 Jahren betragen im Durchschnitt:

Länge des Uterus	25,71 mm
Breite des Uterus	13,72 mm
Dicke des Uterus	5,63 mm.

2. Plattenepithel im Korpus kommt bei Kindern bis zu $2^1/_2$ Jahren in etwa $10^0/_0$ der Fälle vor.

3. Dieses Plattenepithel verschwindet in der Regel bei der weiteren Entwicklung des Uterus wieder.

4. Die seltenen Fälle von primärem, vom Oberflächenepithel ausgehendem Plattenepithelkarzinom des Corpus uteri stammen wahrscheinlich von ausnahmsweise persistierenden angeborenen Plattenepithelinseln ab."

Wegscheider.

H. Cramer, Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept. 1907. Bd 26. Heft 3.) In einem in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (im März 1907) gehaltenen Vortrage hat der bekannte Bonner Frauenarzt über den Zusammenhang der weiblichen Brustdrüse mit den Genitalien mancherlei Beobachtungen mitgeteilt, die auch für den Kinderarzt praktischen Wert haben. C. hat zunächst untersucht, „durch welche Einflüsse bzw. Reize die Funktion der Brustdrüse in Gang gesetzt wird." Aus Beobachtungen an Tieren und Menschen ergibt sich, „daß für die Entwicklung der Brustdrüse bis zur Absonderung einer geringen milchartigen Flüssigkeit das Vorhandensein und die Funktion des Eierstocks genügt, daß aber die eigentliche Milchsekretion vom Überstehen einer Schwangerschaft abhängt." Diese braucht indessen nicht ausgetragen zu sein; schon durch Fehlgeburten von wenigen Monaten kann der Reiz zur Milchabsonderung ausgelöst werden. Doch besteht in den letzten Monaten der Schwangerschaft ein Hemmungsreiz für die Milchabsonderung, der solange anhält, bis die Geburt vorüber ist. Das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels (z. B. beim Absterben der Frucht) wie die Entleerung des Uterus geben den Anstoß zum sogenannten Einschießen der Milch, deren Absonderung durch das Saugen des Kindes fast beliebig lange erhalten werden kann. Auch wenn die Milchdrüse zunächst nicht für das Stillgeschäft beansprucht wird, gelingt es noch längere Zeit (am 15., 22.—30. Tage) nach der Geburt, die Funktion derselben durch Saugen in Gang zu bringen; doch hängt diese Funktion nicht vom Ovarium ab. Starke psychische Insulte können die Milchsekretion vorübergehend sehr herabsetzen; quantitativ hängt sie natürlich vom Kräftezustand, der Ernährung und Pflege der stillenden Frau ab. Leider fehlen Angaben über die Wirkungen der sogenannten Galaktagoga ganz.

Wegscheider.

Böhm (Heilbronn), Über Verletzungen der Orbita. (Die Ophthalmologische Klinik. 1907. Nr. 20.) Als Eintrittspforte für Verletzungen der Orbita wird in den allermeisten Fällen die vordere Öffnung derselben dienen, da ja die Seitenwände durch Knochen geschützt sind. Der innere Winkel wird häufiger benützt als der äußere, viel seltener der Raum zwischen Bulbus und Orbitaldach, ganz selten der zwischen Augapfel und dem Boden der Orbita, weil diese beiden letzteren besonders eng sind. Selten pflegen die in die Orbita eingedrungenen Fremdkörper den Bulbus zu verletzen; der Augapfel weicht aus, oder der fremde Körper gleitet ab. In seltenen Fällen nimmt der Fremdkörper den Weg zur Orbita auch durch den Bulbus. Endlich dringen fremde Körper in die Orbita ein von den beiden Seiten her; doch handelt es sich hierbei wohl in den meisten Fällen um Projektile, die, beim Tentamen suicidii, von der Schläfe her in die Orbita eindringen und nicht selten noch die mediale Wand der Orbita durchschlagen, um in die andere Orbita zu gelangen.

In der allergrößten Mehrzahl der Fälle werden die Fremdkörper in der Orbita gut ertragen: erstens weil sie entweder überhaupt aseptisch eindringen, zweitens weil eine Infektion hier offenbar nicht so leicht eintritt. Bei der starken Blutüberfüllung dieser Gegend werden die eventuell miteingedrungenen Keime sehr schnell zerstört. Bei Verletzungen mit Holz kommt jedoch leicht Phlegmone zustande, mit starker Protrusio bulbi, Ödem der Lider und Chemosis; nicht selten auch Tetanus.

Verf. hatte nun Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, bei dem ein Griffelstück 18 Jahre unbeachtet in der Orbita saß, ohne nennenswerte Reizerscheinungen hervorzurufen. Patient kam mit einer seit einem halben Jahre bestehenden konjunktivalen Reizung; an einer Stelle der Conjunctiva bulbi fand sich eine kleine Wucherung, nach deren Entfernung eine seichte Einziehung zum Vorschein kam. Leichte Abduzensparese ohne Doppeltsehen. Patient erinnert sich dunkel, vor Jahren, mit einem Griffel in der Hand, die Schultreppe heruntergefallen zu sein; es könne möglich sein, daß er sich dabei am Auge verletzt habe. — Röntgenuntersuchung ergab die Anwesenheit eines walzenförmigen, ca $4^1/_2$ cm langen Fremdkörpers. — Die Extraktion gelang leicht, wonach das Auge sich bald beruhigte. Die Abduzensparese blieb.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Tertsch, Einige Fälle von Impferkrankung des Auges. (Aus der II. Univers.-Augenklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 2.) Während der Blatternepidemie 1907 hatte T. Gelegenheit, 19 Fälle von Impferkrankungen des Auges zu beobachten. Von diesen war besonders ein Fall, ein 10 jähriges Kind betreffend, bemerkenswert, einmal durch ungewöhnlich große Ausbreitung der Impfgeschwüre über alle Teile der Konjunktiva, dann durch Mitaffektion der Kornea, die dem Krankheitsbilde der Konjunktiva sehr ähnlich war.

In 16 anderen Fällen zeigte sich der typische Befund. Stark ödematöse Schwellung der Lider und Konjunktiva; Schwellung und Schmerzhaftigkeit der präaurikularen Drüse; ein oder mehrere bis erbsengroße Geschwüre des Lidrandes oder des äußeren Lidwinkels, die von einem grauweißen Belage bedeckt sind. Die Konjunktiva und Kornea dieser 12 Fälle waren durchaus normal. Dagegen zeigten zwei Fälle ein abweichendes Bild. Es handelte sich um eine 40 jährige und eine 22 jährige Frau, die beide einige Tage vorher am Arme geimpft worden waren. Bei beiden fand man am linken Auge nebst Schwellung der Lider und der präaurikularen Drüse im inneren Augenwinkel einen die Karunkel und die halbmondförmige Falte bedeckenden weißen Belag, der sich auf die äußere Haut, namentlich in einem aber auch ziemlich weit auf die Konjunktiva erstreckte. Der Rand dieses Belages war gekerbt!

Daß unter Umständen nach Lidvakzinola auch schwere Veränderungen an den Lidern zurückbleiben können, zeigte folgender Fall:

Die 7 jährige Ch. Sch., die noch nicht geimpft war, infizierte sich von ihrem jüngeren, einige Tage vorher geimpften Bruder am rechten Auge. Es bestand starke Schwellung der Lider; Schwellung und Schmerzhaftigkeit der präaurikularen und Halsdrüsen. Am unteren, wie oberen Lid bestehen typische Impfgeschwüre, die fast den ganzen Lidrand einnehmen und sich bis auf die Mitte der Lidhaut erstrecken. Konjunktiva, mit Ausnahme einer Schwellung um die Kornea, normal. Im Verlaufe der Erkrankung kam es zu einer Nekrose der Lidhaut und auch eines Teiles des Lidrandes, was nach Ausheilung des Prozesses eine starke Verkürzung beider Lider und das Fehlen fast aller Zilien zur Folge hatte. Die Behandlung bestand in Reinigung mit Sublimat und Burowumschlägen.

Da man von dem Geschwüre Streptococcus brevis züchten konnte, dürfte die ausgebreitete Nekrose wohl auf Kosten dieses Eitererregers zu setzen sein, doch immerhin zeigt dieser Fall, daß unter Umständen der Ausgang einer Lidvakzinola auch für die Gestaltung der Lider ungünstig sein kann. Die größte Gefahr der Augenvakzinola liegt jedoch, wie bereits hervorgehoben, in der Erkrankung der Kornea, welche meist dauernde Schädigung — ja manchmal auch vollständige Vernichtung des Sehvermögens herbeiführen kann. Grätzer.

Elschnig (Prag), Über Neugeborenen-Blennorrhöe. (Prager med. Wochenschrift. 1908. Nr. 1.) Aus der interessanten Arbeit seien folgende Abschnitte wiedergegeben:

„Durch Cramer ist es nachgewiesen, daß das Geburtstrauma als solches, andererseits auch die Credéschen Augentropfen einen akuten Bindehautkatarrh des Neugeborenen erzeugen, der jedoch in den ersten zwei Tagen ohne Beteiligung von Mikroorganismen verläuft, während in den folgenden Tagen in der Regel zunehmend reichliche Staphylokokken, mitunter Streptokokken und Xerosebazillen im Bindehautsekrete sich finden. Im allgemeinen verlaufen diese Neugeborenenkatarrhe durchaus gutartig, wenn sie auch mitunter mehrere Wochen hin sich erstrecken und ab und zu mit stärkerer Sekretion verlaufen. Ich habe nun gefunden, daß gerade durch die Behandlung diese Katarrhe unterhalten und zu dem Bilde schwerer Blennorrhöe gesteigert werden können, ebenso, wie an sich leichte gonorrhoische Neugeborenen-Blennorrhöe durch Mißhandlung von seiten der Pflege-

rinnen zu schweren Komplikationen führen können. In der Furcht vor gonorrhoischer Augeneiterung werden neugeborene Kinder von der Hebamme und vielfach auch vom behandelten Arzte, wenn er keine bakteriologische Untersuchung angestellt hat, häufigen Waschungen unterzogen, welche als mechanische und chemische Irritationen die Bindehautentzündung steigern."

„Trotz aller Bemühungen, die mit neuen Silberpräparaten angestellt wurden, halte ich nach wie vor das Credésche Verfahren zur Verhütung der Neugeborenen-Gonorrhöe als das beste; jedoch dürfte wohl eine 1%ige Silberlösung der 2%igen vorzuziehen sein. Für die Behandlung der ausgebrochenen Blennorrhöe muß ich als obersten Grundsatz hier nochmals feststellen, daß dieselbe nur auf Grund bakteriologischer Untersuchung durchgeführt werden darf. Wie bekannt, läßt sich die Gonorrhöe an einem einzigen Ausstrichpräparate absolut sicher feststellen; von dem enorm seltenen Vorkommen Gonokokken-ähnlicher Mikroorganismen (gram-negative Diplokokken, Mikrococcus catarrhalis, Meningococcus intracellularis Weichselbaum) auf der Bindehaut können wir hierbei wohl absehen. Ist Gonorrhöe konstatiert, so halte ich die alte Graefe-Stellwagsche Behandlung der Augenentzündung für die beste. Keines der neuen Silberpräparate kommt dem Argentum nitricum in seiner Wirkung gleich. Die Regel der Behandlung ist also: $^1/_2$—1 stündliche Reinigung des Auges mit einer weinroten, jedesmal frisch bereiteten Lösung von Kalium hypermanganicum.[1]) Ich will hier nochmals hervorheben, daß die Art der Reinigung des Auges der Pflegeperson gewissenhaft eingeübt werden muß. Die Lösung soll nur mit einer Undine oder mit einem Löffel über das geöffnete Auge gegossen, niemals am geöffneten Auge mit Wattebauschen oder hydrophiler Gaze hantiert werden. Zur Verhütung ekzematöser Veränderungen der empfindlichen Lidhaut soll Lassarsalbe angewendet werden, Umschläge sind zu unterlassen. Täglich einmal soll der Arzt die freigelegte Lid- und Übergangsbindehaut gründlich mit 1%iger Argentum nitricum-Lösung überspülen, nicht mit Pinseln tuschieren.

Ich halte es für absolut unerläßlich, daß der Arzt die Mutter und den Vater über die Natur der Erkrankung so weit aufklärt, daß erstere sich einer gynäkologischen Behandlung zuführen läßt. Es ist meines Erachtens eine schwere Unterlassungssünde, wenn die Mutter eines an Neugeborenen-Gonorrhöe erkrankten Kindes nicht wegen ihrer Genitalaffektion behandelt wird. Mit der Vogel-Strauß-Politik in der Gonorrhöebehandlung ist endlich energisch zu brechen. Nur dann wird es gelingen, die verderbliche Überhandnahme der Gonorrhöe einigermaßen einzudämmen, nur dann wird es gelingen, die Erkrankung nachfolgender Kinder derselben Mutter, sowie schwere gonorrhoische Erkrankungen der Mutter zu verhindern; denn die Neugeborenen-Gonorrhöe ist gewiß nicht die schlimmste Folge der mütterlichen Gonorrhöe. Es ist selbstverständlich, daß diese Maßnahmen

---

[1]) Ich halte es für zweckmäßig, eine 2%ige Lösung zu verschreiben, aus der sich die Pflegerin zu jedesmaligem Gebrauche die verdünnte Spülflüssigkeit herstellt.

nur auf Grund des bakteriologischen Nachweises des Gonokokkus im Bindehautsekret des Neugeborenen ergriffen werden können.

Ganz anders ist das Vorgehen nicht nur den Eltern gegenüber bei der nichtgonorrhoischen Neugeborenen-Blennorrhöe. Ich habe oben angeführt, daß der Furor therapeuticus der Pflegerinnen häufig die gutartigen Katarrhe der Neugeborenen in schwere Blennorrhöe überführt. Die Behandlung hat zu beginnen mit dem Eintreten der Sekretion des kindlichen Auges. Ist die nichtgonorrhoische Natur derselben konstatiert, so beschränke man sich auf Abhalten von Schädlichkeiten, 2—3 mal tägliche, vorsichtige Ausspülung des Bindehautsackes mit Hypermanganlösung oder $^1/_{50}\,^0/_0$ iger Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum; nur bei stärkerer Sekretion tuschiere man die Bindehaut jeden zweiten Tag mit $1\,^0/_0$ iger Argentum nitricum-Lösung, wieder in der Art, daß man die Lösung nur auf die freigelegte Bindehaut aufträufelt. Häufig werden solche Katarrhe durch Ekzem der Lidhaut unterhalten; das Sistieren der Waschungen, die Anwendung von Lassar-Paste heilt Ekzem und Katarrh. In den seltenen, nicht traumatisch bedingten Fällen schwerer Neugeborenen-Blennorrhöe (ohne Gonokokken) jedoch ist ein ähnlicher Vorgang in der Behandlung einzuhalten, wie bei der gonorrhoischen Form. Gerade bei diesen Fällen ist eine genaue Instruktion des Pflegepersonals unerläßlich.

Grätzer.

Zoltàn Adler, Postdiphtherische Herzlähmung und Tuberkulose. (Budapesti Orvosi ujsàg. 1907. Nr. 39.) Im Brody Adele Kinderhospital wurden im letzten Dezennium 173 an Diphtherie Verstorbene seziert; in 19 Fällen fand man Tuberkulose, von 17, die an postdiphtherischer Herzparalyse starben, hatten 7 Tuberkulose.

Ernö Deutsch (Budapest).

Egmont Baumgarten, Leiomyoadenom an der Zungenwurzel. (Orvosi Hetilap. 1907. Nr. 31.) Die bohnengroße, grauweiße, freibewegliche, an der Zungenwurzel eines 10 Jahre alten Mädchens sitzende Geschwulst wurde mit der Schere entfernt. Die Diagnose wurde auf Grund histologischer Untersuchung gestellt.

Ernö Deutsch (Budapest).

Lanz, Hirschsprungsche Krankheit. (Nederl. Tydschr. v. Geneeskunde. 1907. Bd. I. S. 792.) In der Sitzung der holländischen Chirurgen berichtet L. über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einem 8jährigen Knaben, der mit Erscheinungen von Ileus aufgenommen war.

Bei der Laparotomie fand man Ptosis des Colon descendens, welche zum Krankheitsbild der Hirschsprungschen Krankheit Anlaß gegeben hatte. Nach Resektion des S Romanum und Colo-rectostomie trat völlige Heilung ein.

Graanboom.

Lanz, Pyonephrose bei einem Säugling. (Ibidem.) In derselben Sitzung berichtet L. über einen Fall von Pyonephrose bei einem Säugling. Es fand sich bei dem Säugling ein großer Tumor der rechten Niere, welcher als Nierensarkom diagnostiziert wurde, und das Venennetz in der Nierengegend stark erweitert.

Es zeigte sich nun bei der Operation, daß der Tumor eine sehr große Pyonephrose mit Staphylococcus pyogenes aureus in reiner Kultur war. Vollständige Heilung. Graanboom.

Korteweg, Die Indikation zum Operieren bei Appendizitis. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. Bd. I. S. 1115.) Auf einer kombinierten Versammlung der holländischen Chirurgen und Gynäkologen befand sich dieses Thema auf der Tagesordnung, und da erklärte sich Lanz sehr für die Frühoperation.

K. nun ist der Meinung, daß die Frühoperation nur sehr beschränkt in Anwendung kommt, weil die Diagnose in den ersten 24 Stunden nur selten mit Sicherheit zu stellen ist, und weil die Operation bei falscher Diagnose gefährlich sein kann.

Gegenüber Lanz' Meinung, daß die unnötige Operation nicht gefährlich sei, und daß Versäumnis für den Arzt, der ohne zu operieren den Patienten an Peritonitis verliert, nicht zu entschuldigen wäre, betont K. seine Ansicht, daß bei ihm der Verlust eines unnötig operierten Patienten, bei welchem die Operation direkt oder indirekt Todesursache wäre, viel schwerer wiegt als der Tod eines Patienten, der durch Frühoperation zu retten wäre.

Bezüglich der Operation à froid hatte Lanz die Meinung ausgesprochen, daß jeder Patient, der bei seinem ersten Anfalle zur Behandlung käme, à froid sollte operiert werden, auch selbst in Fällen, wo der Anfall sehr leicht ist und kein einziges Symptom sich mehr vorfindet, das auf eine überstandene Krankheit hinwies.

K. aber ist der Meinung, daß in derartigen Fällen die Operation nicht indiziert sei: sollte man in diesen Fällen operieren, so würde bei jedem Menschen Indikation zum operieren gegeben sein.

In der genannten Sitzung wies Oidtman auf die sogenannte „anamnestische Appendizitis“ hin, d. h. diejenige Appendizitis, welche der Chirurg auf Autorität des Hausarztes annimmt, ohne daß er selbst einige Symptome der Krankheit mehr konstatieren kann. Wenn Oidtman in derartigen Fällen operierte, so fand er sehr oft normale Appendizes; in den durch ihn selbst diagnostizierten Fällen war der Wurmfortsatz immer krank.

Vollständige Übereinstimmung zeigte sich aber dann, daß die sämtlichen Chirurgen die Operation à froid indiziert erachten da, wo nach dem Erlöschen der akuten Erscheinungen noch längere Zeit ein Infiltrat übrig blieb. Operiert soll auch in all diesen Fällen werden, wo während des Abwartens wiederholte Entzündungserscheinungen auftreten, und also die Operation à froid nicht möglich wird.

Was das Operieren bei chronischer Appendizitis anbetrifft, so müssen die Chirurgen allgemein fühlen, daß hier die Diagnose sehr schwer sei. Für diesen Fall schlägt Lanz die Probelaparotomie vor.

Der Gynäkologe Kouwer war der Meinung, daß gegenwärtig die Operation zu oft ausgeführt wird, und es seien gerade die jungen Operateure, welche, plus royaliste que le roi, zu schnell und zu oft sich zur Operation entschließen. Graanboom.

Martinez Vargas, Kombination von Ziegenmilchernährung mit der Mutterbrust. (Loc. Méd. Catal. 1907. Nr. 24.) Nicht

selten kommen Fälle vor, wo die Mutterbrust für den Säugling nicht ausreicht. Für solche Fälle empfiehlt Verf. schon seit 1900, die Mutterbrust mit der Ziegenmilch zu kombinieren. Man gibt sehr sorgfältig und reinlich aufgefangene Ziegenmilch, roh, 1—3 und mehr Löffel vor dem Anlegen. Verf. zieht die Ziegenmilch der Tuberkulosegefahr wegen der Kuhmilch vor, und verabreicht die Milch roh, um die natürlichen Fermente nicht zu zerstören. Die Resultate dieser Kombination sind vorzügliche. M. Kaufmann.

M. Herrera Vegas, Durchtrennung der Urethra und eines großen Teils der Corpora cavernosa durch ein Haar. (Archivos latino-americanos de Pediatria. Februar 1907.) Am 24. Januar 1907 wurde ein 6 jähriger Knabe auf die Kinderstation des Hospital de Clinicas in Buenos-Aires mit einer Durchtrennung des Penis gebracht. Bei der Untersuchung fand man an der Basis der Glans eine Einschnürung durch ein Frauenhaar. Die Urethra war völlig durchschnitten. Die Corpora cavernosa waren an der Peripherie zerschnitten und adhärierten am Penisrest durch eine schmale Brücke. An der Basis der Glans eine tiefe Furche.

Wasiliew in Warschau hat 1901 über diese Frage eine Studie veröffentlicht, mit 43 Beobachtungen über Verletzungen des Penis durch Haare, Fäden, Bänder usw. In 22 Fällen war das konstringierende Agens ein Faden, in 5 Fällen eine Schnur, in 2 Fällen ein dünnes Band, in 1 Fall ein Eisendraht. Fast stets handelt es sich um Kinder. Der Schuldige ist meist der Kranke selbst. In 11 Fällen haben sich die Kinder den Penis abgebunden, aus Furcht, das Bett zu nässen. H. Netter (Pforzheim).

Nascimento Gurgel, Ein Fall von Syringomyelie bei einem 9 jährigen Mädchen. (Archivos latino-americanos de Pediatria. Februar 1907.) 7 Monate von der Mutter genährtes, erblich nicht belastetes Kind, das mit 2 Jahren zu gehen anfing, mit 6 Jahren Masern durchmachte. Enuresis nocturna, sehr häufige Miktionen am Tag, gesteigerte nervöse Erregbarkeit. Mit 11 Jahren Onychophagie; ohne jegliche Schmerzempfindung läßt sie sich an den Fingern Blut entziehen. Vor 3 Jahren wurde die Umgebung des Kindes auf die verminderte Schmerzempfindlichkeit aufmerksam. Oft verbrühte und verwundete es sich, ohne etwas zu spüren. An beiden Händen hatte die Kranke Panaritien, diese, wie die zufälligen Verletzungen, die Brandwunden, die Eiterungen waren schmerzlos. Nach und nach gingen die Nägel zugrunde. Vor 2 Jahren kam es nach einer Verletzung der Ferse zu einem großen Abszeß, der sich spontan entleerte, aber nur langsam sich schloß. Zur gleichen Zeit bildete sich an der Innenseite der ersten Phalanx des linken Daumens eine Phlyktäne mit serös-eitrigem Inhalt. Die Konstitution ist normal, die Intelligenz mittelmäßig. Bis auf den rechten Ringfinger sind alle Finger der Nägel beraubt. An den trommelschlägelförmigen Phalangen sieht man schlecht vernarbte Verletzungen. Der Handballen ist atrophisch. An den Beinen ist die taktile Sensibilität erhalten, die geringsten Reize an allen Körperteilen werden persistiert. Form und Konsistenz der Objekte werden genau erkannt, dagegen nicht ihre

Temperatur. Die Empfindung für Wärme und Kälte ist an Füßen und Unterschenkeln bis zum oberen Drittel erloschen, an der Außenseite steigt diese Zone noch etwas höher hinauf. Der gleiche Befund gilt von der oberen Extremität. Die Thermoanästhesie überschreitet aber nicht die Mitte des Vorderarmes. An den thermoanästhetischen Stellen ist auch die Schmerzempfindlichkeit so gut wie erloschen. An Rumpf, Gesicht und Schleimhäuten dagegen besteht keine Sensibilitätsstörung. Sehnen- und Hautreflexe normal, ebenso der Gang. Da im Eiter keine Hansenschen Bazillen gefunden wurden, handelt es sich im vorliegenden Fall nicht um Lepra. Die Dissoziation der Sensibilitäten zusammen mit den Panaritien der Fingerdeformitäten und einem gewissen Grad von Atrophie des Thenar lassen eine Myelitis, Hysterie und periphere Neuritis ausschließen, während die Unterscheidung des Panaritium analgeticum Morvan von der Syringomyelie schwierig ist.

H. Netter (Pforzheim).

Moncorvo (fils), Ein Fall von Parrotscher Pseudoparalyse. (Brazil medico. 22. Juli 1907.) Das 23 Tage alte Kind wurde zu M. gebracht mit einer 10 Tage nach der Geburt aufgetretenen Lähmung des rechten Armes, zu der in kürzester Zeit eine solche des linken Armes und linken Beines hinzukam. Die leiseste Bewegung verursachte die heftigsten Schmerzen. Das Kind war gut genährt. Der Vater hatte eingestandenermaßen 3 Jahre vor der Verheiratung Syphilis, die Mutter zwei Fehlgeburten. Bis auf ganz geringe Bewegungen in den Fingern bestand sonst völlige Bewegungslosigkeit. Die Muskeln waren nicht atrophisch, die elektrische Reaktion normal. Am linken Ellenbogen war deutliche Krepitation wie bei einer Fraktur vorhanden. Alle Gelenke waren verdickt. Quecksilbereinreibungen beseitigten in 10 Tagen die stürmischsten Erscheinungen. Die Bewegungsfähigkeit kehrte zurück, die Gelenkschwellungen verschwanden. Der Vater des Verf.s hat in Brasilien 9 mal diese Krankheit beobachtet, wo sie weniger ungewöhnlich erscheint als anderswo. Er hält die Prognose für günstiger als Parrot, der sagte: „Presque toujours la termineison est fatale.“

H. Netter (Pforzheim).

Arturo Primavera, Zwei Fälle von akuter Miliartuberkulose nach Intubation. (Giorn. internaz. delle Scienze mediche. 15. April 1907.) Verf. diskutiert zuerst im allgemeinen die Frage nach der Bedeutung des Trauma als Faktor bei der Entstehung der Tuberkulose, und gibt dann im Detail zwei Fälle wieder, bei denen wegen Diphtherie die Intubation ausgeführt worden war. Beide Patienten waren Mädchen, das eine 5 Jahre, das andere 14 Monate alt. Beide starben in Monatsfrist. Die Sektion ergab bei beiden den Befund einer akuten Miliartuberkulose und im Kehlkopf ausgedehnte käsige Massen. Da der Krankheitsprozeß im Kehlkopf am vorgeschrittensten wer, so steht Verf. nicht an, hier die primäre Läsion zu erblicken, für die er das Trauma der Intubation verantwortlich macht.

H. Netter (Pforzheim).

Adolph H. Meyer (Däne), Über angeborenen Verschluß von und Mangel an Ausführungsgängen der Galle. (Bibliotek for Läger. 1907. Heft 7 u. 8.) Fall I. Ein rechtzeitig geborener Knabe wurde

am dritten Tage ikterisch. Mekonium normal. Stuhl immer acholisch, der Harn gibt Reaktion auf Gallenfarbstoff. In der Klinik des Verf.s aufgenommen im Alter von 5 Wochen. Keine Syphilis in der Anamnese oder bei dem Kinde selbst. Ikterus, zunehmende Leber- und Milzschwellung. Mehrmals Meläna und Hämatemesen. Starb 7 Wochen alt. Die Sektion ergab Fehlen des Ductus choledoch., Obliteration der Ductus hepatici, biläre Leberzirrhose, Hyperplasie der Milz, Bronchopneumonie und Colitis.

Fall II. Knabe, ikterisch kurz nach der Geburt. Keine Syphilis bei den Eltern oder dem Knaben selbst. 1 Monat alt bekam er Verdauungsstörungen und Krämpfe. 2 Monate alt im Spital aufgenommen. Leber- und Milzschwellung, Ikterus, Gallenfarbstoff im Harn und acholische Fäzes wurden beobachtet. Er lebte noch 3 Monate, starb an Bronchopneumonie. Die Sektion zeigte Obliteration des Ductus choledoch. und der Vesica fellea, Mißbildung des Ductus cysticus, biliäre Zirrhose, Hyperplasie der Milz und Bronchopneumonie. Das Kind wurde im Spital antisyphilitisch behandelt.

Der Verf. gibt eine Übersicht über das Leiden und die bisher veröffentlichten Fälle, im ganzen sind jetzt ca. 80 bekannt. Er bespricht eingehend die Ätiologie und Pathogenese, schließt sich den englischen Verff. Rollesten und Hayne an, die das Leiden als eine fötale primäre Zirrhose und deszendierende Cholangitis betrachten. Eine Stütze für diese Anschauung findet er u. a. in seinem ersten Fall, in welchem der Nachweis einer Entzündung des einen, noch nicht obliterierten Ductus hepaticus gelang. Der Verf. veröffentlicht einen dritten Fall bei einem $1^3/_4$ jährigen Mädchen, an dem eine Choledochostomia gemacht wurde, es starb später an Tuberkulose. In diesem Fall war es auch nach der Sektion zweifelhaft, ob es sich um angeborene Zirrhose und Verengerung des Ductus choledoch. mit sekundärer Gallensteinbildung oder um primäre Gallensteine mit sekundärer Erweiterung oberhalb, Verengerung unterhalb denselben und sekundärer Leberzirrhose handelte. Endlich teilt der Verf. einen interessanten, den zwei ersten Fällen klinisch ganz ähnlichen Fall mit, der bei der Sektion als angeborene, nicht syphilitische Leberzirrhose mit ganz normalen Ausführungsgängen betrachtet wurde, welche möglicherweise als das erste Stadium des betreffenden Leidens anzusehen ist.

Autoreferat.

A. Slatineanu (Bukarest), Die Anwendung des Tuberkulins als diagnostisches Mittel. (Revista stiintelor medicale. Juli-August. 1907.) Der Verf. hat sich durch längere Zeit mit dem Tuberkulin als diagnostisches Mittel beschäftigt und auch mit den Methoden von Pirquet und Calmette vergleichende diagnostische Studien angestellt. Er ist zum Schlusse gelangt, daß die Kutireaktion gute Resultate bei Kindern und Bovideen ergibt, hingegen aber sehr unsichere bei erwachsenen Menschen, wo die Anwendung derselben auch nicht zu empfehlen ist.

Die Ophthalmoreaktion von Calmette ist, mit einigen wenigen Ausnahmen, eine ausgezeichnete Methode zum Stellen einer frühzeitigen Diagnose bei Tuberkulose. Dieselbe hat vor den subkutanen

Tuberkulineinspritzungen den Vorteil, daß sie keine allgemeine Reaktion hervorruft, hat aber den Nachteil, katarrhalische Erscheinungen der Bindehaut zu bewirken. Es ist nun die Frage, ob man, gestützt auf die Ophthalmoreaktion, das Vorhandensein einer Tuberkulose mit Bestimmtheit behaupten kann? Hierauf antwortet der Verf., daß man sich reserviert verhalten muß und eine solche Diagnose erst dann mit Bestimmtheit aussprechen kann, wenn auch die subkutane Einspritzung von Tuberkulin positiv ausfällt.

Gemäß der Meinung von Cantacuzino, ist auch Verf. der Ansicht, daß die Einwirkung des Tuberkulins in erster Reihe auf das Nervensystem gerichtet ist, folglich auch die Calmettesche Okuloreaktion als eine Reizung der Nervenendigungen in der Bindehaut anzusehen ist.

E. Toff (Braila).

S. Irimescu (Bukarest), Die Ophthalmoreaktion durch die Paratuberkuline. (Revista stiintelor medicale. 1907. Nr. 7—8.) In einer früheren Arbeit hat Verf. gezeigt, daß man mit verschiedenen Paratuberkulinen, sowohl bei tuberkulösen Menschen, als auch bei Tieren, fast identische thermische Reaktionen erhalten kann, wie jene, welche man bei Benutzung von wahrem Tuberkulin beobachtet.

Die neue diagnostische Methode der Calmetteschen Ophthalmoreaktion hat den Verf. veranlaßt zu untersuchen, ob die Paratuberkuline nicht auch auf das Auge in ähnlicher Weise einwirken, wie das Tuberkulin. Die Experimente wurden mit dem Moellerschen Timotheusbazillus, bzw. mit dem entsprechenden, durch 95%igen Alkohol gefälltem Paratuberkulin an 45, sicher tuberkulösen Patienten des Sanatoriums Filaret angestellt und gefunden, daß bei 44 die Reaktion positiv ausfiel. Diejenigen, welche auf eine Instillation von 1%igem Timothein negativ reagiert hatten, zeigten positive Reaktion bei Benutzung einer 2%igen Lösung. Zu bemerken ist noch, daß fast alle diese Kranke, 2 Monate früher, Instillationen von Tuberkulin erhalten hatten und daß das Auge, welches auf Tuberkulin reagiert hatte, trotzdem es wieder ganz normal geworden war, auf Paratuberkulin eine viel stärkere Reaktion darbot, als das Kontrollauge.

Diese Ergebnisse sind also ein weiterer Grund für die Annahme, daß zwischen Tuberkulinen und Paratuberkulinen eine sehr nahe Verwandtschaft besteht, wenn auch die Untersuchungen zeigen, daß die Paratuberkuline viel weniger aktive Substanzen sind, als die Tuberkuline.

E. Toff (Braila).

C. N. Vasiliu, Ein Fall von Hypospadiasis vulviformis (Dugès). (Spitalul. 1907. Nr. 24.) Der Verf. beschreibt ein 11jähr. Mädchen, bei welchem die nähere Untersuchung gezeigt hatte, daß das Geschlecht unrichtig angegeben war und es sich in Wirklichkeit um einen Fall von scheinbarem Hermaphroditismus handelte, wo durch Spaltung beider Skrotalhälften, Kleinbleiben des hypospadiasischen Penis ein weibliches Genitale vorgetäuscht wurde. Von einer Vagina und einem inneren weiblichen Genitale war selbstverständlich keine Spur zu finden.

E. Toff (Braila).

H. Morley Fletcher und **H. Bethan Robinson,** Ein Fall von idiopathischer Ausdehnung des Rektum und Kolon bis

zur Flexura hepatica. (British med. Journ. 16. Februar 1907. Bd. I.) Der 12jährige, schon immer mit aufgetriebenem Leib angeblich behaftete Knabe erkrankte unter Hartleibigkeit und Schmerzen im Leib; während letzterer immer mehr anschwoll, magerte das Kind in 14 Tagen auffällig ab. Bei der daraufhin vorgenommenen Laparotomie fand sich nun nichts als ein sehr stark ausgedehnter Dickdarm. Die Dilatation erstreckte sich vom Rektum bis zur Flexura hepatica. Im Darm lagen große Massen weichen Kotes, die sich durch sanften Druck aus dem After entleerten. Die Darmwand fühlte sich so dick wie Sohlleder an. Ein halbes Jahr besten Allgemeinbefindens folgte auf die Operation. Dann starb der Knabe plötzlich nach kurzer Krankheit im Koma. — Die Autopsie gab über die Ursache des Leidens keinen Aufschluß. Eine Afterstriktur war jedenfalls nicht vorhanden. Offenbar handelte es sich um eine kongenitale Anlage bei der Dilatation; umso auffälliger ist die Besserung nach dem operativen Eingriffe. Die Verdickung der Darmwand beruhte auf einer muskulären Hypertrophie. H. Netter (Pforzheim).

Carey Coombs, Congenital hypotonia, congenital amyoplasia. (Brit. med. Journ. 15. Juni 1907. Bd. I.) Unter dieser Bezeichnung beschreibt Verf. einen Fall, der den von Oppenheim u. a. unter dem Namen Myotonia congenita beschriebenen analog ist. Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das in der Poliklinik von „Childrens Hospital“ in Bristol wegen Muskelschwäche und allgemeiner Kräfteabnahme vorgestellt wurde. Eltern gesund. 3 andere Kinder an banalen Krankheiten gestorben. Geburt rechtzeitig, ohne Schwierigkeit. Eine halbe Stunde nach der Geburt will man schon eine Schwäche einer Hand bemerkt haben. Richtig erkannt wurde indes der Zustand erst, als das Kind zu gehen anfangen sollte. Die Beine versagten völlig den Dienst. Mit $2^1/_2$ Jahren bemerkte man, daß die Waden sehr dürftig sind; bis zum 7. oder 8. Jahr knickte das Kind in den Fußgelenken zusammen, weshalb man dem Kind einen orthopädischen Schuh gab. Hände schwach und ungeschickt wegen der Muskelschlaffheit. Intelligenz gut. Sich selbst anziehen oder etwas schwere Gegenstände tragen vermag das Kind nicht, nur mit äußerster Ermüdung kann es längere Zeit gehen. Körperlänge normal. In den von den Gehirnnerven versorgten Muskeln ist keine Schwäche bemerkbar; die Zunge, Kaumuskeln, Lippen haben ihren Tonus. Die Impotenz betrifft vornehmlich die Muskeln der Gliedmaßen, die weich und klein sind, besonders an Vorderarmen, Händen, Unterschenkeln und Füßen. Keine Kontrakturen. Ausgesprochene Hypotonizität, infolge deren die Finger zur Hand und letztere zum Vorderarm in die extremsten Stellungen zueinander gebracht werden können; im Ellenbogen sind abnorme Seitenbewegungen möglich, in geringerem Grad auch mit den Füßen und Unterschenkeln. Am Rumpf die gleiche Schwäche, Lordose und stärkere Krümmung der Wirbelsäule, Schlaffheit der Bauchmuskeln, Vorsinken des Leibes in sitzender Stellung. Atmung leicht, Sphinkteren intakt. Die Koordination der Bewegungen ist erhalten; keine fibrillären Zuckungen, die Sehnenreflexe sind ebenfalls vorhanden. Elektrische Erregbarkeit herab-

gesetzt in Anbetracht der Hypotonizität. Die Sensibilität ist intakt. Keine Verschlimmerung seit Beginn; die Hypotonizität ist nicht progressiv.

H. Netter (Pforzheim).

G. Calmette (Lille), Un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme. L'ophthalmo-réaction à la tuberculine.) (La presse médicale. 1907. Nr. 49.) Ausgehend von der Tatsache, daß bei Tuberkulösen, wie v. Pirquet gezeigt hat, das Hineinbringen einer geringen Menge von Tuberkulin in eine leichte Hautskarifikation genügt, um an derselben eine ödematöse Röte hervorzurufen, während dies bei Gesunden nicht der Fall ist; ferner von den Erfahrungen die Vallée (Alfort) und Wolff (Berlin) bei Bovideen durch Skarifikation, bzw. Auftragen auf gesunde Schleimhäute ebenfalls mit Tuberkulin machen konnten, unternahm es der Verf. (in Verbindung mit M. Breton und G. Petit), die Reaktion zu studieren, welche durch eine schwache Tuberkulinlösung auf die Konjunktiva von Gesunden und Tuberkulösen ausgeübt wird. Um einer eventuellen Reizwirkung durch Glyzerin vorzubeugen, wurde nur trockenes, durch Glyzerin (95 $^0/_0$) gefälltes Tuberkulin angewendet, welches in destilliertes, sterilisiertes Wasser im Verhältnisse von 1 : 100 gelöst wird. Man tropft hiervon einen Tropfen nur in ein Auge der zu untersuchenden Person. 5 Stunden später, manches Mal auch nach 3 Stunden, bieten alle Tuberkulösen eine sehr deutliche Kongestion der betreffenden Conjunctiva palpebralis, dieselbe ist lebhaft rot und ist der Sitz eines mehr oder weniger intensiven Ödems. Die Karunkel ist geschwellt, rot und von einem leichten, fibrinösen Exsudat bedeckt. Die Gefäßinjektion wird im weiteren Verlaufe stärker und ist von Tränenfluß begleitet. Nach 6 Stunden ist die fibrinöse Exsudation noch reichlicher geworden und erscheint auch unter der Form von Fäden im unteren Konjunktivalsacke. Die Reaktion erreicht ihr Maximum zwischen der 6. und 10. Stunde nach der Einträufelung. Die betreffenden Personen fühlen keinen Schmerz, sondern nur ein gewisses unangenehmes Gefühl, im Verhältnisse mit der Entzündung der Bindehaut. Die Rektaltemperatur bietet keine Steigerung dar. Die Intensität der Reaktion ist leicht festzustellen, falls man einen Vergleich mit dem anderen Auge, welches kein Tuberkulin erhalten hat, vornimmt. Bei Kindern nach 18, bei Erwachsenen nach 24 bis 36 Stunden, nehmen die Entzündungserscheinungen ab, um dann vollständig zu verschwinden.

Bei Gesunden oder solchen Kranken die an keiner tuberkulösen Affektion leiden, bleibt die beschriebene Tuberkulininstillation ohne jedwede Folge. Höchstens beobachtet man nach 1 $^1/_2$—3 Stunden eine leichte Röte der Bindehaut, die bald verschwindet und weder von fibrinöser Sekretion, noch von Tränenfluß begleitet ist.

Diese Erscheinung, welche der Verf. Ophthalmoreaktion durch Tuberkulin zu benennen vorschlägt, scheint von großer Feinfühligkeit zu sein; dieselbe erscheint viel rascher als die Kutireaktion, bietet, nach den bis nun gemachten Erfahrungen, keinerlei Gefahren für den Kranken und sollte also von den Klinikern in ausgedehntem Maße zu diagnostischen Zwecken angewendet werden.

E. Toff (Braila).

Ad. d'Espine et **Jeanneret,** Anémie pseudo-leucémique infantile chez deux jumeaux rachitiques. (Archives de méd. des enf. 1907. Nr. 11.) Das klinische Bild der infantilen Pseudoleukämie besteht, wie schon von Henoch in genauer Weise hervorgehoben wurde, aus zwei wichtigen Faktoren: einer großen und harten Milz, welche über die falschen Rippen in den Bauchraum hinunterreicht, und einer tiefen Anämie mit wachsweißem Aussehen der Haut. Die Verff. hatten Gelegenheit, zwei 13 Monate alte, hereditär rachitische Zwillinge zu beobachten, welche in klassischer Weise das Bild der Pseudoleukämie darboten. Die Blutuntersuchungen ergaben folgende Befunde: 1. Oligocythämie und Oligochromhämie mit einem Hämoglobingehalt von 40—50 $^0/_0$; die Zahl der roten Blutkörperchen betrug 2430400—3348000. 2. Leukozytose mit einem Maximumgehalte von 70525 weißen Blutzellen. Myelämie, charakterisiert durch einen großen Prozentsatz von Myelozyten, welcher bis auf 26 $^0/_0$ gestiegen war, wovon 12 $^0/_0$ mit neutrophiler und 24 $^0/_0$ mit basophiler Granulation. Kernhaltige rote Blutzellen fanden sich im Verhältnisse von 8 $^0/_0$ vor. 3. Verminderung und bedeutender Wechsel in der Menge der Lymphozyten, die bis auf 3 $^0/_0$ der Leukozyten gesunken waren. Die Verff. sind der Ansicht, daß zwischen der hereditären Rachitis und der pseudoleukämischen Veränderung ein kausaler Nexus bestehe.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 23. Januar 1908.

Lehndorff demonstriert ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen, das seit 9 Monaten an Erscheinungen eines Hirntumors leidet. Spastische Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten, Fazialislähmung rechts, Trigeminus- und Abduzensparese legen die Diagnose **Ponstumor** nahe. Im Laufe der letzten Wochen zeigte Patientin stellenweise Verdickungen der Haut, die als **Sklerodermie** aufgefaßt wurden. Vortr. bespricht im Anschlusse an diese Demonstration die Hypothesen des Zusammenhanges von **Hirntumoren mit Sklerodermie.**

Marburg stellt ein 2 jähriges Mädchen mit **tabetiformem Krankheitsbild** vor. Vater des Kindes hatte vor 20 Jahren Lues. 4 Kinder gesund, nach der Patientin ein Abortus im 2. Monate. Bis zum 13. Lebensmonate war Patientin gesund, dann entwickelte sich allgemeine schlaffe Lähmung mit fehlenden Achilles- und Patellarreflexen, beiderseitige Optikusatrophie, träge Reaktion der Pupillen. Das Kind ist nicht idiotisch, kann aber noch nicht sprechen. Vortr. bespricht dann die Eigentümlichkeiten des kindlichen Tabes, hebt die Häufigkeit derselben beim weiblichen Geschlecht hervor sowie die Häufigkeit der Optikusatrophie als Symptom. Dagegen fehlen meist Ataxie und Rombergsches Phänomen.

Zappert macht aufmerksam, daß das demonstrierte Krankheitsbild eher die Auffassung einer **schweren Lues cerebrospinalis** zulasse, da die Tabes erst in der späteren Kindheit auftritt.

Friedländer demonstriert das anatomische Präparat von **lithogenem Zystikusverschluß** bei einem $5^3/_4$ jährigen Knaben. Patient hatte seit einem heftigen Darmkatarrh im 3. Lebensjahre alle 2—3 Monate Kolikanfälle, die 24 Stunden anhielten. Anfangs September 1906 der letzte Anfall. Die Schmerzen wurden in die rechte

Oberbauchgegend lokalisiert, wo ein rundlicher Tumor von Apfelgröße zu tasten war. 2 Tage lang ging weder Stuhl noch Winde ab. Patient erbrach mehrmals und kollabierte. Auf Grund der Annahme einer **Invagination** Operation. Diese ergab, daß der Tumor durch die prall gefüllte Gallenblase gebildet wurde; anfangs wurde keine Ursache für die Gallenstauung nachgewiesen. Erst ein Jahr nach der Operation (Gallenblasenfistelanlegung) fand sich bei neuerlicher Laparotomie ein bohnengroßer Stein im Ductus cysticus.

Bei der Häufigkeit der Koliken im Kindesalter, die leicht auf Darmerkrankungen oder Appendizitis bezogen werden können, muß man die Möglichkeit der Erkrankung der Gallenwege mehr ins Auge fassen, als dies bisher geschah.

Sluka demonstriert ein 2jähriges Kind mit **schwerer Rachitis, enormem Milztumor und hochgradiger Anämie.** In den Blutpräparaten fanden sich bei Färbung mit Giemsa-Romanowsky in roten Blutkörperchen eigentümliche rotviolett gefärbte fädige Gebilde. Es waren stets polychromatische und basophil gekörnte Erythrozyten, die solche bald Pessar- bald Achter- oder Violinschlüsselform zeigende Einschlüsse aufwiesen. Sie sind als Reste der Kernmembran aufzufassen.

Türk erwähnt, daß er ähnliche Bilder schon vor 2 Jahren gesehen habe, ohne ihnen Beobachtung zu schenken. Durch den Vortr. aufmerksam gemacht, habe er nunmehr auch bei zwei Leukämikern ähnliche Einschlüsse gesehen.

Sitzung vom 6. Februar 1908.

Leiner demonstriert einen 10jährigen Knaben mit **Epidermolysis bullosa hereditaria.** Auch eine Schwester leidet an dieser Erkrankung, deren Wesen darin besteht, daß die Haut infolge angeborener Disposition auf jeden stärkeren mechanischen Reiz mit Blasenbildung reagiert. Jetzt finden sich die meisten Eruptionen an den Handflächen, Fußsohlen und Streckseiten der Extremitäten.

Popper demonstriert die Leber und Milz eines an atrophischer, nicht alkoholischer Leberzirrhose gestorbenen 11jährigen Knaben. Als Ätiologie konnte nur **Diphtherie** eruiert werden. An Symptomen bestanden Bluterbrechen, blutiger Stuhlgang, leichter Ikterus und hochgradige Anämie. Im Peritoneum Erguß nachweislich, Leber verkleinert, Milz vergrößert. Talmasche Operation ohne Erfolg. Dauer der Erkrankung $1^1/_2$ Jahre.

Weiß zeigt einen **Apparat zur Gewinnung von steriler Kindermilch.** Derselbe ist besonders für den Landaufenhalt bestimmt. Im wesentlichen besteht der Apparat aus einem Kühleimer, der mit einer Mischung von 1 kg Eis und je 100 g Kochsalz und Salmiak beschickt wird, und aus einem 1 l fassenden Blechgefäß, der in den Kühleimer versenkt wird. Auf das Blechgefäß aufgesetzt, erscheint ein Trichter mit Siebvorrichtungen. Die Milch wird in den Trichter direkt eingemolken und danach der Trichter abgenommen, der Milchbehälter verschlossen. Preis des Apparates 30 Kronen. Herstellung durch die Alpha-Separator-Gesellschaft.

v. Reuß: **Zuckerausscheidung im Säuglingsalter.** Ausscheidung von Fruchtzucker im Harn des Säuglings ist unbekannt. Milchzucker wird in Traubenzucker und Galaktose gespalten. Traubenzucker wird entweder direkt verbrannt oder zu Glykogen umgewandelt. Galaktose und Lävulose werden ebenfalls zu Glykogen umgewandelt. Diese molekulare Umwandlung scheint in der Leber vor sich zu gehen. Das Auftreten der genannten Zuckerarten weist daher auf eine Erkrankung der Leber hin. Laktosurie und Galaktosurie kommen auch ohne Schädigung des intermediären Stoffwechsels bei schweren Magendarmerkrankungen vor. Der Milchzucker ist dann der Spaltung im Darme entgangen. Galaktosurie wurde bei schweren Fällen alimentärer Intoxikation (Finkelstein) beobachtet, wahrscheinlich beruht sie auf degenerativer Schädigung der Leber. Bei einem Falle von Zirrhose der Leber bei einem 2monatigen Säugling konnte Vortr. eine tägliche Zuckerausscheidung (Galaktosurie) von 1,6—3,6% nachweisen.

Dextrosurie ist bisher nur bei zwei Atrophikern nachgewiesen worden. Bei den übrigen Fällen der Literatur (28 Fälle) ist der ausgeschiedene Zucker nur durch Reduktionsproben festgestellt worden, was nicht ausreicht.

Vortr. betont die Wichtigkeit der Identifizierung der gefundenen Zuckerarten im Harne des Säuglings und die diagnostische Verwertbarkeit des Symptomes der Zuckerausscheidung für die Lokalisation der Schädigung im Stoffwechsel.

B. Schick (Wien).

Naturhistorisch-medizinischer Verein zu Heidelberg.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 3. Dezember 1907.

Vortrag von Jordan: **Über akute eitrige Strumitis** (mit Krankendemonstration). Das 3jährige Mädchen erkrankte am 12. IX. v. J. plötzlich unter mäßigem Fieber an Atemnot und zeigte am 14. XI. in der vorderen unteren Halsgegend eine Anschwellung. Da die Atembeschwerden sich bedrohlich steigerten, wurde das Kind am 15. XI. in die Luisenheilanstalt gebracht. Die Untersuchung ergab stark stertoröse Atmung mit inspiratorischen Einziehungen bei klarer Stimme und Freisein der Lungen. Am Jugulum fand sich ein nußgroßer, aus der Tiefe aufsteigender, bis zum Ringknorpel nach oben reichender, glatter, ziemlich fester Tumor, der nicht besonders druckempfindlich war. Temperatur subfebril. Im Hinblick auf die rasche Entwicklung der Anschwellung und die Zunahme derselben in den nächsten Tagen wurde die Diagnose auf entzündlichen Prozeß im Isthmus der Schilddrüse gestellt. Am 18. IX. wurde in Chloroformnarkose mittels Längsschnitts der Tumor freigelegt, der sich sofort als dem Mittellappen der Schilddrüse angehörig erwies. Bei der Ablösung von der abgeplatteten, schwartig veränderten Trachea riß der Tumor ein, und es entleerte sich unter starkem Druck ein Eßlöffel nicht riechenden, dicken Eiters. Die Abszeßhöhle dehnte sich etwa 3 cm tief ins Mediastinum aus. Der vereiterte Isthmus wurde vollständig reseziert und das Geschwulstbett tamponiert. Nach Entfernung der Geschwulst wurde die Atmung sofort frei und blieb es in der Folge. Die Heilung erfolgte ohne weitere Komplikation.

Es handelte sich also bei dem vorgestellten Kinde um eine ätiologisch nicht aufgeklärte Strumitis suppurativa, die unter geringen Allgemeinerscheinungen, aber sehr ausgesprochenen Lokalsymptomen verlief. Vortr. bespricht an der Hand des Falles das Krankheitsbild der akuten Strumitis, die speziell im Kindesalter äußerst selten ist, und gibt einen Überblick über die chirurgische Therapie.

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 2. Februar 1908.

Halle stellt einen **Fall von Pseudoleukämie bei einem 5jährigen Kinde** vor. Ich möchte mir erlauben, Ihnen einen Fall vorzustellen, der in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht Interesse verdient.

Dieser kleine Patient, ein Knabe von 5 Jahren, kam im April des Jahres 1907 in die Behandlung meiner Poliklinik. Auf den ersten Blick fielen starke knollige Anschwellungen am Halse ins Auge, von einer Größe, daß sie die Konturen des Halses vollkommen aufhoben, und daß die Schulter in einer schrägen Linie zum Kopf überzugehen schien. Die Anschwellung war etwa 4 Monate vorher entstanden und schnell gewachsen, trotz Behandlung mit Jodvasogen, Jod intern, Wärmeapplikation usw. Sie bestand aus zahlreichen isolierten Tumoren von Kirschen- bis Gänseeigröße, die nirgends miteinander verwachsen erschienen und glatte Oberfläche besaßen. Die Haut darüber war verschieblich. Gleiche Tumormassen kleineren Umfanges fanden sich in der Axillargrube beiderseits und vereinzelt in der Inguinalgegend. Es konnte sich augenscheinlich kaum um etwas anderes als eine Pseudoleukämie handeln. Die Blutuntersuchung war negativ, ein Resultat, das Prof. Leonor Michaelis, der den Knaben freundlichst untersuchte, bestätigen konnte. Differentialdiagnostisch waren höchstens noch exzessive skrofulöse Drüsentumoren in Frage zu ziehen. Da aber nirgends eine Verlötung der Tumoren, keine Lungenaffektion, keine Heredität nachweisbar waren, konnte von dieser Diagnose Abstand genommen werden.

Wir gaben dem Kind Arsen in steigender Dosis mit absolutem Mißerfolge. Wir hatten der Mutter gegenüber natürlich eine wenig günstige Prognose gestellt. Aber es war sehr bemerkenswert, wie sehr und wie schnell der kleine Patient abnahm, bis er zuletzt vor heftigen Schmerzen in den Fußsohlen, über die er ständig klagte, kaum mehr gehen konnte.

Kollege Fischer, der mich während meiner Sommerreise vertrat, versuchte nunmehr eine energische Schmierseifenbehandlung, wie sie speziell Hoffa für Drüsentumoren skrofulöser Natur empfohlen hat. Es war nun außerordentlich auffällig zu sehen, wie sehr sich das Krankheitsbild von da ab veränderte. Der Patient erholte sich zusehends, der stark gesunkene Appetit erhob sich auf eine ungewöhnliche Höhe, so daß die Herren von weitem beinahe glauben könnten, einen normalen Körper zu sehen. Der Knabe ist stark, gesund aussehend und lebensfrisch geworden, und wenn die Prognose auch heute noch nicht gut ist, so ist sie doch jedenfalls viel besser geworden.

Das Resultat der Behandlung erscheint in jedem Fall bemerkenswert. Arsen versagte ganz. Kombiniert mit Schmierseifenbehandlung zeigte sich ein eminent günstiger Erfolg.

Man konnte danach zweifeln, ob überhaupt Pseudoleukämie vorlag. Aber auch heute noch bietet Patient absolut den Eindruck eines Pseudoleukämischen, und für Skrofulose könnte eben nur der Erfolg der Schmierseifenbehandlung ins Feld geführt werden. Und als spezifisch für Skrofulose kann man doch wohl diese Behandlung nicht ansehen.

Bemerkenswert scheint mir dieser Erfolg, der nun schon 7 Monate fortdauert, immerhin, ebenso wie das seltene Vorkommen der Krankheit bei einem so jungen Individuum.

Diskussion: Israel: Ich möchte zu der Bemerkung des Vortr., daß alle Maßnahmen gegen Pseudoleukämie erfolglos seien, doch ein Wort sprechen. Die Arsenbehandlung führt bei der Pseudoleukämie in seltenen Fällen zu auffallenden Besserungen, ich will nicht sagen Heilungen, denn das Maximum, das ich erreicht habe, war, Personen so lange frei von Erscheinungen zu halten, als sie Arsen nahmen, während die Geschwülste immer wieder rezidivierten, wenn das Arsen ausgesetzt wurde. Ich habe selbst in dieser Gesellschaft vor einer großen Reihe von Jahren eine Frau vorgestellt mit pseudoleukämischen Tumoren des Pharynx, welche fast zur Erstickung geführt hatten und durch systematische subkutane Arseneinspritzungen zum Verschwinden gelangt waren. Nach Aussetzen des Arsens traten jedesmal wieder Rezidive ein, die wieder mit der Anwendung des Mittels verschwanden.

Senator: Ich möchte mir zunächst die Frage an den Vortr. erlauben, wie sich die Milz bei dem Kinde verhalten hat.

Halle: Die Milz ist absolut ohne jede Vergrößerung; es waren weder an der Milz noch an sonstigen Organen pathologische Veränderungen bemerkbar.

Senator: Dann möchte ich bemerken, daß das Verdienst, die Schmierseife bei Drüsenschwellungen, namentlich skrofulösen, eingeführt zu haben, Kapesser zukommt, und ich selbst habe ihr dann einen größeren Wirkungskreis zugeschrieben. In solchen und ähnlichen Fällen pflege ich zu der Schmierseife auch Jodoform in 5—10%igen Mischungen unter Zusatz von Vaselin anzuwenden.

IV. Neue Bücher.

Koch, Trüper, Martinak und Ufer. **Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung.** Langensalza, Verlag von Beyer u. Söhne.

Diese Beihefte zur „Zeitschrift für Kinderforschung" sind recht billig (30 bis 75 Pf.) und enthalten interessante und lehrreiche Arbeiten. Es seien genannt: „Der Militärdienst der geistig Minderwertigen und die Hilfsschulen" von E. Stier, „Die Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluß des Milieus" von Baginsky, „Der Zitterlaut R" von O. Stern, „Farbenbeobachtungen bei Kindern" von K. L. Schäfer, „Über hysterische Epidemien an deutschen Schulen" von K. W. Dix, „Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Bindesubstanzen" von M. Fiebig, „Die Taubstumm-Blinden" von G. Riemann, „Psychasthenische Kinder" von Th. Heller, „Über die Möglichkeit der Beeinflussung abnormer Ideenassoziation durch Erziehung und Unterricht" von H. Landmanns und „Heilerziehungshäuser" von Hermann. Letzterer Aufsatz wurde gebracht im „Pädagog. Magazin", herausgegeben von Fr. Mann. Auch diese kleinen Heftchen, im gleichen Verlage erscheinend, enthalten Abhandlungen vom Gebiete der Pädagogik und ihrer Hilfswissenschaften, deren Lektüre sehr zu empfehlen ist. Grätzer.

Aus Natur und Geisteswelt. Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen. Leipzig, Verlag von B. G. Teubner.

Unsere Leser werden aus dieser rühmlichst bekannten Sammlung zwei jüngst erschienene Publikationen interessieren, welche die betreffenden Themata kurz und doch erschöpfend und klar zur Darstellung bringen. „Gesundheitslehre für Frauen“ von R. Sticher und „Der Säugling und seine Ernährung“ von W. Kaupe. Gebildete Laien werden aus der Lektüre beider Schriftchen (Preis je Mk. 1,25.) vielen Nutzen ziehen. Grätzer.

Ferner sind in der Redaktion eingetroffen (Besprechung vorbehalten):

E. Terrien: Précis d'Alimentation des Jeunes Enfants, II. Edition (G. Steinheil, Paris). — Le Gendre et A. Broca: Thérapeutique infantile, II. Edition (G. Steinheil, Paris). — L. Lang: Die kindliche Psyche und der Genuß geistiger Getränke (J. Safár, Wien). — E. u. G. Scupin: Bubis erste Krankheit (Th. Grieben, Leipzig). — H. Raydt: Spielnachmittage (B. G. Teubner, Leipzig). — L. Pollnow: Heisraths Tarsalexzision und Kuhnts Knorpelausschälung in der Granulosebehandlung (J. A. Barth, Leipzig). — F. Toeplitz: Des Säuglings Ernährung und Pflege (Preuss & Jünger, Breslau). — F. Toeplitz: Vorträge über Säuglingspflege und Säuglingsernährung (J. Springer, Berlin). — Fr. Lehnerdt: Zur Kenntnis der Narbenstrikturen und Narbenverschlüsse nach Intubation (J. Springer, Berlin). — R. Wolfer: Beiträge zur Kenntnis des Kinderskorbuts (Inaug.-Dissert., Zürich). — K. Witthauer: Leitfaden für Krankenpflege (C. Marhold, Halle a. S.). — Calot-Ewald: Die Behandlung der tuberkulösen Wirbelsäulenentzündung (F. Enke, Stuttgart.) — Bartenstein u. Tada: Beiträge zur Lungenpathologie der Säuglinge (Fr. Deuticke, Leipzig-Wien). — Beaucamp: Die Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen (Hauptmann, Bonn). — Fr. Müller, Die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre (A. Hölder, Wien).

V. Therapeutische Notizen.

Beitrag zur Keuchhustenbehandlung von Dr. W. R. Schottin (Dresden). Es wird warm Bromotussin (hergestellt von der Marien-Apotheke in Dresden) empfohlen, das verdampft wird. Die Dämpfe bewirken eine rasche Besserung des Leidens. Die Patienten müssen vormittags und nachmittags 2—3 Stunden in dem Bromdampfzimmer sich aufhalten und nachts darin schlafen.

(Mediz. Klinik. 1908. Nr. 7.)

Sophol als Vorbeugungsmittel bei Ophthalmoblennorrhoea neonatorum hat mit bestem Erfolg Dr. E. Gallatia (Landesspital Laibach) angewandt. Sophol, die Silberverbindung der Formaldehydnukleinsäure (Bayer & Co., Elberfeld) wurde 280 Neugeborenen in 5%iger Lösung eingeträufelt, worauf kein einziges Mal Infektion erfolgte. Es werden Tabletten à 0,25 g geliefert, daraus können sich die Hebammen durch Auflösung in 10 cm^3 kalten Wassers jederzeit eine frische Lösung bereiten. 1—2 Tropfen, mittels Tropfglases eingeträufelt, erfüllen ihren Zweck vollkommen. (Wiener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 6.)

Ischäminverwendung in der täglichen Praxis, darüber läßt sich Dr. Rohff (Potsdam) aus. Das von der Firma Armour and Company Ltd. in Hamburg hergestellte Präparat sollte absolut rein und mehrere Monate völlig haltbar sein. In der Tat hielten sich bereits geöffnete und lose verschlossene Fläschchen 6 Wochen tadellos und bleiben durchaus wirksam. Der Effekt war recht befriedigend, auch in der Kinderpraxis, wo z. B. tiefe Eiterherde unter 1—$1^1/_2$ cg Kokain mit 2 bis 3 Tropfen Ischämin fast schmerzlos ausgeleert werden konnten und unter äußerst geringem Blutverlust. Besonders überrascht war R. bei einem Säugling mit ausgedehnter Zellgewebsvereiterung am Kopf; bei dem sehr herabgekommenen Kinde trug zweifellos die blutsparende Wirkung des Ischämins nicht wenig zur Erhaltung des Lebens bei. (Mediz. Klinik. 1907. Nr. 43.)

Über ein neues wirksames Darmadstringens, das Tannyl, berichtet Prof. Dr. F. Umber (Städt. Krankenhaus Altona). Tannyl, die Tanninverbindung des Oxychlorkaseins,

ein wasserunlösliches, ziemlich indifferent schmeckendes, graubraunes Pulver, wurde bei 42 Darmkranken angewandt. Es bewährte sich besonders bei den Durchfällen Tuberkulöser, versagte aber auch nicht ein einziges Mal bei akuten Gastroentero- und Enterokatarrhen und wirkte auch bei chronischen Enterokatarrhen günstig ein, desgleichen bei ulzeröser Kolitis mit blutigen Diarrhöen. Dosierung: 3 mal täglich vor den Mahlzeiten je 1—2—3 g (eventuell in Mucil. Salep. oder Haferschleim), bis normale Darmentleerungen erreicht sind. Auch für Kinder stellt Tannyl ein absolut unschädliches, sehr brauchbares Adstringens dar.

(Die Therapie der Gegenwart. März 1908.)

Über Sanatogenwirkung lautet eine Mitteilung von Dr. Frisch (Würzburg). F. äußert sich sehr lobend über das Mittel, das er besonders bei Kindern mit sehr befriedigenden Erfolgen benutzt hat, und schließt seine Arbeit wie folgt:

„Nach meinen Erfahrungen ist Sanatogen ein Nährmittel, das bei Kindern und Erwachsenen die besten Dienste leistet bei Verdauungsstörungen, bei Blutarmut, Skrofulose und Rachitis, bei allgemeinen Schwäche- und Erschöpfungszuständen, sowie bei nervösen Erregungszuständen nach schwerer Erkrankung. Das Sanatogen ist:

1. gut bekömmlich, reizlos und leicht resorbierbar;
2. es steigert in hervorragender Weise den Appetit;
3. es entfaltet eine eigenartige Fähigkeit, den Magendarmtraktus für die Aufnahme und Resorption anderer Nahrungsmittel günstig zu beeinflussen und geradezu als Verdauungsmittel zu wirken;
4. es regelt den Stuhl auffallend gut und hält das durch intestinale Reizerscheinungen ausgelöste Erbrechen hintan;
5. es wirkt in nicht zu unterschätzender Weise beruhigend auf das Zentralnervensystem und
6. es hält die einmal eingetretene günstige Wirkung des Sanatogens auf den Verdauungstraktus selbst nach Aussetzung des Mittels noch außerordentlich lange nach."

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1907. Nr. 24.)

Zur Behandlung gewisser Erkrankungen der Luftwege mittels Pertussin-Taeschner gibt Dr. M. Blumenthal (Berlin) eine Anzahl Krankengeschichten, welche die günstige Wirkung dieses Mittels illustrieren, und schließt mit den Worten: „Aus vorstehenden Krankengeschichten, welche von der großen Zahl der Fälle, die ich im Laufe von etwa 2 Jahren behandelte, natürlich nur einen kleinen herausgegriffenen Teil darstellen, geht ohne weiteres hervor, daß dem ‚Pertussin Taeschner' eine in hohem Grade schleimlösende und krampfmildernde Wirkung innewohnt, abgesehen davon, daß dieses Präparat vermöge des in ihm enthaltenen Thymols sicher stark bakterizid wirkt. Bei akuten wie chronischen Bronchitiden setzt es den Hustenreiz oft in auffallend kurzer Zeit herab; bei Emphysem erleichtert es, wohl infolge der Verflüssigung des Schleims, die Expektoration, und bei Keuchhusten ist es ein Mittel, das wohl nur in den seltensten Fällen im Stiche lassen wird. Es wäre deshalb zu wünschen, daß Pertussin sich einer immer ausgedehnteren Anwendung in der Therapie erfreue."

(Therap. Monatshefte. März 1908.)

Beiträge zur Therapie der Malariakachexie liefert Dr. A. Schweitzer (Fiume), wobei er die ausgezeichneten Erfolge hervorhebt, die er bei diesen Zuständen mit Eisentropon gehabt hat. Er schließt: „Wir besitzen im Eisentropon ein großartiges Antikachektikum, welches infolge seines angenehmen Geschmackes, leichter Verdaulichkeit und großen Nährwertes alle ähnlichen Mittel in jeder Beziehung übertrifft."

(Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 37.)

Therapeutische Erfahrungen mit „Isn", einem neuen eisenhaltigen Stärkungs- und Kräftigungsmittel publiziert Dr. P. Schütte. „Isn" ist indiziert in allen Fällen, in denen es auf eine günstige Beeinflussung der Blutbeschaffenheit und eine Verbesserung der Wachstums- und Ernährungsverhältnisse der organischen Gewebe ankommt, also bei den verschiedenen Konstitutionsanomalien, Rekonvaleszenz und während des Stillgeschäftes als Stärkungsmittel; bei kleinen Kindern und Säuglingen, die in der Ernährung und Entwicklung zurückgeblieben sind, hat es sich als wirksames Hifsmittel bewährt, um vorhandene Verdauungsstörungen zu regulieren, die Ernährung zu befördern und die herabgekommenen Körperkräfte zu heben. „Isn" ist eine wohlschmeckende aromatische Flüssigkeit, welche 3 mal

täglich genommen wird, und zwar am vorteilhaftesten während oder direkt nach der Mahlzeit. Die Dosis beläuft sich für Erwachsene auf 1—2 Teelöffel, für Kinder $^1/_2$—1 Teelöffel, für Säuglinge 2—10 Tropfen. Das Präparat kann in Wasser, Mineralwasser, Milch, Apfelwein usw. oder auch rein genommen werden. In Apfelwein gemischt verleiht er demselben eine wundervolle Blume. Die Erfolge, die von anderer Seite mit „Isn" erzielt worden waren, veranlaßten auch Sch., das Präparat in einer Anzahl geeigneter Fälle in seiner Praxis zur Anwendung zu bringen. Auch er erzielte sehr befriedigende Resultate und kommt zu einer warmen Empfehlung des Präparates.

(Repertorium d. prakt. Mediz. 1907. Nr. 7.)

Versuche mit Pädotheon hat Dr. Lehrecke angestellt und sehr befriedigende Resultate erzielt. Pädotheon (Chem. Fabrik G. Schoder in Feuerbach-Stuttgart), welches die bewährten Eigenschaften von Malzextrakt und Hämatogen vereinigt und sehr gern von den Kindern genommen wurde, hat sich als gutes Nähr- und Kräftigungsmittel gezeigt und wirkte als solches bei Anämien, Chlorose, Rachitis, Tuberkulose, Rekonvaleszenz nach akuten Infektionskrankheiten usw. recht günstig ein. (Ärztl. Rundschau. 1908. Nr. 11.)

Beitrag zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge, von Dr. A. Klautsch (St. Elisabeth-Kinderheim in Halle a. S.). K. faßt sein Urteil über das Dr. Brunnengräbersche Maltokristol und seine Verwendbarkeit im kindlichen Alter in folgende Worte zusammen: Wir haben in dem Maltokristol ein hervorragendes Nährmittel, welches die Nährstoffe Kohlenhydrate und Eiweiß in einer leicht löslichen und vollkommen resorbierbaren Form enthält und daher als wirksamer Zusatz zu der gewöhnlichen alltäglichen Nahrung gute Dienste bei der Ernährung zu leisten vermag. Dasselbe kann Säuglingen im Bedarfsfalle unbeanstandet schon in den ersten Monaten der Milch hinzugesetzt werden. Die Kombination des Maltokristols mit Hämol eignet sich vornehmlich bei der Behandlung der im kindlichen Alter so ungemein häufigen anämischen Zustände, da es die Eigenschaften eines guten Kräftigungs- und Nährmittels mit denen eines wirksamen Arzneimittels, eines wirklichen Blutbildungsmittels in sich vereinigt.

(Ärztl. Rundschau. 1907. Nr. 46.)

Thymol bei Keuchhusten hat Dr. H. F. Berger (Crefeld) mit bestem Erfolg angewandt. Er 3 stündlich erwärmt inhalieren:

Rp. Thymol 0,5
Alkohol. absol. 5,0
Aq. dest. ad 500,0.

(Therap. Rundschau. 1908. Nr. 12.)

VI. Monats-Chronik.

Berlin. Der Bund für Mutterschutz verhandelte auf seiner Tagung am 16. Febr. über die **Reform des Hebammenwesens** und stellte folgende Forderungen auf: 1. Die Hebammenfrage kann nur durch Erlaß eines Gesetzes in befriedigender Weise gelöst werden. 2. Für die Zulassung zur Hebammenlehranstalt ist eine durch Prüfung zu erweisende, ausreichende Bildung, mindestens die einer Mädchen-Mittelschule zu fordern. 3. Die Ausbildungszeit beträgt $1^1/_2$ Jahre und umfaßt Geburtshilfe, Wochenbetthygiene, Säuglingspflege. 4. Die staatlich geprüften Hebammen werden nach Bedarf in den einzelnen Bezirken angestellt. Die Bevölkerung hat jedoch freie Hebammenwahl. 5. Sie erhalten ein Mindestgehalt von jährlich 1200 Mk. 6. Die Hebammen unterstehen dem Pensionsgesetz für Staatsbeamte in Preußen. 7. Zum Schutz gegen Ansteckung und Unfälle im Beruf sind die Hebammen der Unfallversicherung zu unterstellen. 8. Die heute praktizierenden Hebammen sind, soweit sie den gesteigerten Anforderungen und der Nachprüfung im Wiederholungslehrgang genügen, staatlich anzustellen. Durch Einrichtung besonderer Fortbildungskurse ist ihnen der Übergang in die neue gesetzliche Ordnung zu erleichtern. 9. Hebammen, die infolge ungenügender Bildung die Prüfung nicht bestehen können, werden durch eine einmalige Abfindungssumme entschädigt und ihres Amtes enthoben. Hebammen, die infolge vorgerückten Alters zu staatlichen Anstellungen untauglich sind, werden pensioniert.

10. Wochenpflegerinnen dürfen weder vom Arzt beauftragt, noch aus eigener Initiative Hebammendienste bei der Geburt verrichten. — Außerdem wurde ein Antrag von Dr. Falk angenommen: Der Bund für Mutterschutz ersucht die städtischen Behörden bei der Neuregelung des Rettungswesens die notwendigen Einrichtungen zu treffen, damit bei Entbindungen von den Rettungswachen Kisten mit sterilisierter Wäsche und Verbandsachen leihweise abgegeben werden können.

— In Sachen der **Fürsorge für die schulentlassene Jugend** fand am 22. und 23. Febr. im Abgeordnetenhause eine Konferenz statt, an der Abgesandte der Deutschen Turnerschaft, des Zentralausschusses für Volks- und Jugendspiele und des Deutschen Turnlehrervereins teilnahmen. Es wurde auf die Notwendigkeit einer geordneten Pflege der Leibesübungen, eventuell im Rahmen der allgemeinen Pflichtfortbildungsschule, hingewiesen und die Veröffentlichung eines Aufrufs beschlossen. — In der deutschen Zentrale für Jugendfürsorge hat sich ein Ausschuß gebildet, um die Errichtung eines ersten deutschen Heilerziehungsheims für psychopathische Kinder bei Berlin in Angriff zu nehmen. — Über die Ernährung der Volksschuljugend in den größeren Städten werden von der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, hinsichtlich der Landschulen vom preußischen Kultusministerium Erhebungen durch die Kreisärzte veranlaßt.

— In den **Gemeindeschulen** wird mit Beginn des Sommerhalbjahres eine neue Ordnung der Pausen eingeführt. Nach der ersten und dritten Stunde tritt eine Pause von 10 Minuten, nach der zweiten und vierten eine solche von 20 Minuten ein. In den Zwanzigminutenpausen sind die Kinder in den Hof zu führen.

— Das Kuratorium für die städtischen Heimstätten beschloß, den Magistrat um Einbringung einer Vorlage über die Errichtung von **Heimstätten** für kränkliche und genesende Kinder zu ersuchen. Diese Heimstätten sollen einen Ersatz für die abgelehnte Walderholungsstätte bilden.

— Aus der Ortsgruppe Berlin der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat sich ein Komitee gebildet zur Errichtung eines **Pflegeheims für hereditär-syphilitische Kinder**. Näheres durch Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal in Berlin. — In dem neuen Hause des Berliner Krippenvereins, das am 1. Mai dem Betrieb übergeben werden wird, sollen in dringenden Fällen Kinder über Nacht beherbergt werden. Ferner wird in dem Hause Unterricht in der Kinderpflege erteilt.

Weißensee. Ein **Gemeindekrankenhaus** für 50 Säuglinge wird erbaut werden.

Büdingen. Der Kreistag hat die Mittel zur Verfügung gestellt, um **tuberkulöse Schulkinder** unbemittelter Eltern behufs freier Behandlung in Anstalten unterbringen zu lassen.

Gießen. Ein **Kurs über angeborene Anlage und Familienforschung** findet vom 3.—6. August statt. Alles Nähere durch Prof. Dr. Dannemann.

Jena. Vom 5.—18. August werden Ferienkurse über **Schulhygiene** für Ärzte, Lehrer und Lehrerinnen abgehalten. Näheres durch das Sekretariat, Gartenstr. 4.

Halle a. S. Laut Beschluß der Schuldeputation werden bis Ende dieses Schuljahres zum erstenmal die abgehenden Knaben durch den Stadtarzt, die Mädchen durch die Klassenlehrerin auf die **Gefahren sexueller Erkrankungen** hingewiesen.

Breslau. Priv.-Doz. Dr. Thiemich, Leiter des Kinderkrankenhauses in Magdeburg, hat den Professortitel erhalten.

Palermo. Prof. Dr. Jemma ist zum o. Professor ernannt.

Am 3. Mai d. J. findet zu Heidelberg in der Universitätskinderklinik (Luisenheilanstalt) eine Versammlung der Vereinigungen Südwestdeutscher und Niederrheinisch-Westfälischer Kinderärzte statt. Das genauere Programm wird später bekannt gegeben. Anfragen, sowie Anmeldung von Vorträgen, Demonstrationen sind zu richten an Prof. Dr. Feer, Heidelberg (Luisenheilanstalt).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Juni 1908. Nr. 6.

I. Originalbeiträge.

Aus der kgl. Universitäts-Kinderklinik zu Greifswald.

Zur v. Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion.[1])

Von

Dr. **Richard Streitz**,

Assistenzarzt der Klinik.

Die Erkennung der Tuberkulose im Frühstadium ist besonders im Kindesalter oft mit großen Schwierigkeiten verknüpft. Die probatorische Tuberkulininjektion anzuwenden, müssen wir oft Bedenken tragen, da sie auch bei vorsichtigster Dosierung nicht immer indifferent ist.

Im Mai v. J. hat nun v. Pirquet ein harmloses und einfaches Verfahren mitgeteilt, welches gestattet, meist innerhalb 1—2 Tagen festzustellen, ob der Organismus tuberkulös infiziert ist oder nicht.



v. Pirquetsche Reaktion.
36 Stunden nach der Impfung. 2 Reaktionsstellen. Die Kontrollstelle nicht sichtbar.

Die Technik dieser kutanen Tuberkulinprobe ist kurz folgende: Von einer 25°/$_0$ igen Tuberkulinlösung (8 Tropfen filtriertes Tuberkulin, 8 Tropfen einer 3°/$_0$ igen Karbolglyzerinlösung, 16 Tropfen physiologische Kochsalzlösung) träufelt man auf die gereinigte Streckseite des Oberarmes in einem Abstande von 5 cm je einen Tropfen der Lösung und legt innerhalb desselben eine kleine Exkoriation der Haut an. Eine gleiche Exkoriation, die aber nicht mit Tuberkulin beschickt wird, hat man vorher zur Kontrolle in der Nachbarschaft angelgt. Um gleichmäßige Exkoriationen zu erzielen, empfahl v. Pirquet einen besonderen Impf-

[1]) Nach einem im Greifswalder medizinischen Verein in der Februarsitzung gehaltenen Vortrage.

bohrer. Wir benutzten ein gewöhnliches Impfmesser von Platiniridium, mit welchem wir wie bei der Schutzpockenimpfung drei gleich lange Impfschnitte von je 1 cm Länge auf dem Oberarm anlegten. Bei positivem Ausfall entwickelt sich an den Impfstellen innerhalb 1—2 Tagen, selten später, eine hellrote Papel von 5—20 mm Durchmesser. Wir haben aber auch schon 12—14 Stunden nach der Impfung starke Reaktion auftreten sehen. Die Papel erreicht nach 48 Stunden gewöhnlich ihr Maximum und verschwindet wieder nach einigen Tagen, oft eine kleine Pigmentation der Haut zurücklassend, die wochenlang sichtbar sein kann. Dieser entzündliche Vorgang an der Hautoberfläche wird nach Ansicht v. Pirquets ausgelöst durch toxische Substanzen, welche beim Zusammentreffen des eingeimpften Tuberkulins mit antikörperartigen Reaktionsprodukten des tuberkulösen Organismus entstehen.

In den allgemeinen Kreislauf scheint bei dieser Impfung in die obersten Schichten der Cutis kein Impfstoff zu gelangen; Herd- und Fieberreaktion, die bei der Injektion von Tuberkulin auftreten, fehlen hier vollkommen. Von einigen Autoren ist das Auftreten einer phlyktänulären Konjunktivitis hin und wieder beobachtet worden. Wir sahen niemals unangenehme Nebenerscheinungen. Bei wiederholten Impfungen tritt die Reaktion meist deutlicher auf. Bei sehr kachektischen Individuen, Meningitis tuberculosa und Miliartuberkulose im Endstadium wird sie in der Regel vermißt.

Bei bestehender klinisch nachgewiesener und suspekter Tuberkulose glaubt man auch der Reaktion eine prognostische Bedeutung beimessen zu können, indem sie bei rasch progressiven tuberkulösen Prozessen fast stets nur spurweise auftritt oder fehlt. Wir können diese Beobachtung bestätigen.

Es sind in der Kinderklinik zu Greifswald bisher 100 Kinder geimpft worden, von denen 10 als sicher tuberkulös, 40 als tuberkuloseverdächtig und 50 als nicht tuberkulös betrachtet wurden. Von den 10 ersteren reagierten 9, von den 40 der mittleren Gruppe 23 und von den 50 die letzten 2. Nicht reagiert hat aus der ersten Gruppe ein 9 Monate altes Kind mit einer von uns als tuberkulös angesehenen Kniegelenksentzündung, die bei der angewandten Stauungstherapie völlig zurückging.

Erst nach 3 bzw. 5 Tagen reagierten 3 Kinder. Diese Spätreaktion wird nicht als positiv angesehen. Sie soll vielmehr durch Inokulation abgetöteter Tuberkelbazillen oder ihrer Trümmer entstehen. Es sind solche im Tuberkulin nachgewiesen, und die Histologie dieser Spätform soll nach Untersuchungen, die am Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin angestellt sind, stellenweise die eines typischen Tuberkels sein.

Von den geimpften Kindern sind 3 zur Sektion gekommen, deren Resultat mit dem Ergebnis der v. Pirquetschen Reaktion übereinstimmte. Ein Kind aus Gruppe I hatte reagiert, es fand sich Tuberkulose der Lungen und der Wirbelsäule. Ein zweites, welches an chronischer Bronchitis gelitten hatte und von uns als tuberkuloseverdächtig angesehen worden war, aber nicht reagiert hatte, zeigte keine Spur von Tuberkulose; ebenso das dritte Kind, bei dem auch keine Ursache vorgelegen hatte, an Tuberkulose zu denken.

An größerem Versuchsmaterial ist festgestellt worden, daß die Zahl der positiven Reaktionen mit dem Alter der Geimpften zunimmt und daß, während im frühen Kindesalter nur ein kleiner Prozentsatz der Fälle positiv reagiert, die meisten Erwachsenen, selbst wenn sie keine manifesten Zeichen von Tuberkulose darbieten, die Reaktion zeigen. Es ist dies nicht auffällig, wenn man bedenkt, daß nach manchen Statistiken bei 97% aller Sektionen tuberkulöse Veränderungen gefunden worden sind. v. Pirquet hält daher seine Reaktion nur im Kindesalter, wo eine latente Tuberkulose fast nie vorkommt, für diagnostisch wichtig.

Stadelmann betont besonders die prognostische Bedeutung der Reaktion beim Erwachsenen in dem vorher angegebenen Sinne.

Interessant ist, daß ein Teil der von uns geimpften Kinder allerdings schwächer auch auf Perlsuchttuberkulin reagierte, welches in derselben Weise eingeimpft wurde. Nach unseren Erfahrungen kann ich nur bestätigen, daß die v. Pirquetsche Reaktion ein wertvolles Hilfsmittel zur frühzeitigen Erkennung der Tuberkulose im Kindesalter und bei positivem Ausfall nahezu beweisend für Tuberkulose ist.

Nachteilige Folgen haben wir nie gesehen. Wir können die Ausführung dieser einfachen, wenig zeitraubenden und mühelosen Reaktion allen Ärzten warm empfehlen für alle Fälle, in denen man schnell, ohne Gefährdung und sicher die Diagnose auf Tuberkulose im Kindesalter erhärten will.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

T. Oshima, Über den Eiweißgehalt der Säuglingsstühle. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45.) Nach seinen Untersuchungen kann Verf. die Frage, ob das im Stuhle der Säuglinge nachweisbare Eiweiß zum Teile aus der zugeführten Nahrung stammt, und in welchem Maße dies der Fall ist, nicht beantworten. Dagegen ist deutlich zu ersehen, daß die Nahrung und der jeweilige Zustand des Darmes auf den Eiweißgehalt einen großen Einfluß hat, und zwar in folgendem Sinne:

Bei Brustkindern fiel die Eiweißreaktion nur bei katarrhalischer Erkrankung der Darmschleimhaut deutlich positiv aus, bei Kindern, die mit Mutter- und Kuhmilch ernährt wurden, dagegen schon bei bestehender Dyspepsie.

Bei Kuhmilchkindern war Eiweiß im Stuhle schon im gesunden Zustande, noch mehr aber bei Überfütterung und am deutlichsten im darmkranken Zustande nachweisbar. Am nächsten der natürlichen Ernährung käme, was Eiweißgehalt des Stuhles anlangt, die Ernährung mit alkalisierter Buttermilch.

Bei den Milchpräparaten zeigte sich in bezug auf Eiweißgehalt eine augenscheinliche Abhängigkeit vom jeweiligen Zustande und der davon abhängigen Resorptionsfähigkeit der Darmschleimhaut.

Im Hungerstuhle war Eiweiß — eine bekannte Tatsache — in reichlicher Menge vorhanden.

Bei eiweißarmer oder ausschließlicher Kohlehydratnahrung fielen

auch bei schwersten katarrhalischen Veränderungen der Darmschleimhaut die Eiweißreaktionen im Stuhle stets entweder negativ aus, oder es trat bloß auf Zusatz von Essigsäure eine leichte Trübung, vielleicht von dem vorhandenen Mucin auf. Hecker (München).

T. Oshima, Beitrag zur Lehre der Kleingehirngeschwülste im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 386.) Multiple solitäre Tuberkel im Klein- und Großhirn eines 6 jährigen Mädchens. Auf die Beteiligung des Kleingehirns wiesen hin die Kopfschmerzen im hinteren Teil des Schädels, Störungen des Bewußtseins, sowie der Sehkraft bis zur Erblindung; funktionelle Störungen der Augenmuskeln, Strabismus, Nystagmus; ferner eigentümlicher Gang, Schwindelanfälle, Veränderungen der Sprache. Hecker (München).

J. M. Rachmaninow, Über Todesfälle bei Chorea. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 378.) Die zwei Kinder waren im Alter von 12 bzw. 13 Jahren, zeigten ungewöhnliche Heftigkeit der choreatischen Bewegungen; das eine davon dauernde ziemlich bedeutende Temperatursteigerung, Erscheinungen von Hemiplegie und Bewußtlosigkeit. Bei dem zweiten Kind trat die Temperatursteigerung erst 24 Stunden vor dem Tode auf, in beiden Fällen fanden sich bei der Sektion frische Endokarditis und akute Hyperplasie der Milz, also Erscheinungen einer allgemeinen Infektion. Hecker (München).

J. M. Rachmaninow, Über einen Fall von Herpes zoster ophthalmicus bei einem Kinde. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 344.) Ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen erkrankt ohne sichtbares ätiologisches Moment mit heftigen Schmerzen im linken Auge. Erst 7 Tage später zeigt sich der Ausschlag auf der linken Seite der Stirne, des Scheitels, auf der Nase, sowie auf dem oberen Augenlid. Der Ausschlag heilt innerhalb 24 Tagen ab, doch bleiben noch längere Zeit Schmerzen an den betroffenen Stellen bestehen.

Hecker (München).

W. P. Shukowsky, Melaena neonatorum. Magendarmblutungen bei Neugeborenen. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 321.) Verf. beobachtete 29 einschlägige Fälle in eigener Praxis, an Hand deren er ein monographisches Bild der Erkrankung entwickelt. Hecker (München).

Landmann, Über „Backhausmilch“. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 236.) Gerichtliches Gutachten, in welchem dargetan wird:

1. Daß in der sogenannten Backhausmilch reichlich Albumosen vorhanden sind, daß dagegen durch das Backhausverfahren der Albumingehalt der Milch nicht gesteigert wird.

2. Daß Albumosen und Peptone, längere Zeit Säuglingen verabfolgt, Schaden stiften können, und zwar auch in den Mengen, wie sie in der Backhausmilch vorhanden sind, namentlich dann, wenn sie kritiklos von Hebammen und Wartefrauen verordnet wird.

3. Daß der Genuß der Backhausmilch auch aus anderen Gründen (als dem Albumosegehalt) unter Umständen schädlich wirken kann.

Hecker (München).

R. Mühsam, Über Pyozyanasebehandlung der Diphtherie. (Aus dem städt. Krankenhause Moabit in Berlin). (Deutsche med.

Wochenschrift. 1908. Nr. 6.) Nach seinen Erfahrungen kann M. folgendes sagen: Pyozyanase hemmt in vitro das Wachstum von Diphtheriebazillen und tötet in verhältnismäßig kleinen Dosen große Mengen von Diphtheriebazillen. Bei menschlicher Diphtherie scheint das Mittel die Auflösung der Beläge zu befördern und günstig auf den Allgemeinzustand des Kranken zu wirken. Es beseitigt recht schnell den Foetor ex ore. Pyozyanase soll nur in Gemeinschaft mit der Serumtherapie angewendet werden. Die bisherigen klinischen Erfahrungen mit dem Mittel berechtigen zu weiteren Versuchen. Grätzer.

Zangemeister, Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten. (Aus der Frauenklinik der Universität zu Königsberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 6.) Z. faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen: „Die Saugbehandlung nach Bier eignet sich für Fälle frischer puerperaler Mastitis nicht; die Vereiterungsgefahr wird durch sie erhöht. In denjenigen abszedierten Fällen, in welchen die Entzündung nicht mehr weiter fortschreitet, gestattet die Saugbehandlung, sich auf kleine (Stich-) Inzisionen zu beschränken.“ Grätzer.

E. Stadelmann, Über kutane und konjunktivale Tuberkulinanwendung. (Aus dem städt. Krankenhause am Friedrichshain in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 6 u. 7.) St. faßt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die kutane Impfreaktion von v. Pirquet und die konjunktivale von Wolff-Eisner haben bei bestehender, nachgewiesener und suspekter Tuberkulose eine große Bedeutung. Welche von beiden Reaktionen wichtiger ist, läßt sich zurzeit noch nicht sagen. Wahrscheinlich deutet der positive Ausfall der konjunktivalen Reaktion aktive tuberkulöse Prozesse im Organismus an, die kutane auch inaktive. Am besten sind zurzeit noch beide Reaktionen in praxi nebeneinander zu verwenden.

2. Die beiden Reaktionen haben nicht nur eine diagnostische, sondern auch eine wichtige prognostische Bedeutung, indem bei rasch progressen tuberkulösen Prozessen fast stets die Reaktionen nur spurweise auftreten bzw. ausbleiben.

3. Man kann augenscheinlich die bisher bei suspekten Fällen von Tuberkulose zur Feststellung der Diagnose angewandten probatorischen Injektionen von Kochschem Tuberkulin durch die kutane Impfung mit 25%igem Alttuberkulin und die konjunktivale Einträufelung von 1%iger Alttuberkulinlösung ersetzen, was für die Kranken von wesentlichem Vorteil ist.

4. Die bei der kutanen Impfung auftretende Spätreaktion ist in ihrer Bedeutung noch nicht geklärt, aber für die Diagnosenstellung nicht zu verwenden.

5. Es kommt bei der konjunktivalen Einträufelung gelegentlich zu einer konkomitierenden Reaktion auf dem anderen Auge.

6. Nach probatorischer Injektion Kochschen Alttuberkulins kommt es gar nicht selten zu einem Aufflammen der selbst wochenlang zurückliegenden Kutan- und Konjunktivalreaktion. Grätzer.

O. Gaupp, Über die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose. Aus der Mediz. Klinik der Akademie in Düsseldorf.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 7.) Die Schlußsätze der Arbeit lauten:

1. Die Ophthalmoreaktion gibt bei frischen Tuberkulosen mit großer Konstanz eine positive Lokalreaktion, bei fortgeschrittenen Fällen versagt sie sehr oft.

2. Die Ophthalmoreaktion ist nicht ganz ungefährlich, es ist dringend zu raten, vor derselben die Augen des Patienten genau auf bestehende Krankheiten zu untersuchen, es ist besondere Vorsicht bei Kindern, die zur Skrofulose neigen, geboten. Grätzer.

A. Plehn, Die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin als diagnostisches Hilfsmittel. (Aus dem städt. Krankenhause am Urban in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.); **J. Citron,** Die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Ophthalmodiagnostik der Tuberkulose. (Aus der II. mediz. Univers.-Klinik in Berlin.) (Ebenda.) P. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin ist höchst wahrscheinlich nicht spezifisch im strengen Sinne; sie gibt weniger zuverlässige Resultate für die Diagnose als eine — zweckmäßig ausgeführte — subkutane Prüfung mit Tuberkulin; sie kann bei Gebrauch stärker konzentrierter Lösungen recht unangenehme Formen annehmen; sie ist zum allgemeinen Gebrauch in der Praxis aus diesen Gründen nicht zu empfehlen.

C.s Schlußfolgerungen aus seinen Beobachtungen lauten:

1. Die Ophthalmoreaktion spricht bei der Verwendung von 1%igem Kochschen Alttuberkulin bei positivem Ausfall nahezu sicher für Tuberkulose, bei der Verwendung von 2%igem bietet sie mindestens 80% Wahrscheinlichkeit. Der negative Ausfall der 4%igen Lösung spricht beim Fehlen sicherer klinischer Erscheinungen entschieden gegen Tuberkulose.

2. Daraus ergibt sich für die Praxis folgende Regel: Man träufele einem Tuberkuloseverdächtigen 1 Tropfen 2%iges Tuberkulin ins linke Auge. Reagiert er positiv, so bekommt er, wenn man größere Sicherheit haben will, ins rechte Auge 1 Tropfen 1%iges Tuberkulin. Reagiert er negativ, so bekommt er ins rechte Auge 1 Tropfen 4%iges Tuberkulin.

3. Es ist absolut kontraindiziert, die Ophthalmoreaktion bei Augenkranken oder solchen, die es früher waren, auszuführen.

4. Skrofulöse sind oft überempfindlich, daher nur mit ganz schwachen Lösungen zu untersuchen ($^1/_4$%).

5. Man vermeide die Wiederholung von Einträufelungen in dasselbe Auge.

6. Die subkutane und konjunktivale Tuberkulinreaktion können einander so beeinflussen, daß die eine die andere verstärkt.

7. Man vermeide alle in den Handel gelangenden fertigen Verdünnungen und benutze nur frisch hergestellte Alttuberkulinlösungen. Als sehr praktisch empfehle ich hierzu das „Ophthalmodiagnosticum für Tuberkulose“ der Firma P. Altmann, Berlin NW. 6.

8. Man beschränke die Ophthalmoreaktion in praxi soweit als möglich. Nur wo die anderen diagnostischen Hilfsmittel versagen oder unausführbar sind, ist ihre Anwendung indiziert.

Grätzer.

F. Scholer, Ein neuer Fall von Parinaudscher Konjunktivitis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.) S. teilt die Krankengeschichte eines $1^1/_2$ jährigen Kindes mit, das an Parinaudscher Konjunktivis litt. Das Krankheitsbild sollte jeder Arzt kennen, da er oft wegen der Allgemeinerscheinungen zuerst konsultiert wird. Als Besonderheiten dieser Affektion, die sich bei obigem Fall wiederholten, führt S. an:

1. Wie gewöhnlich handelte es sich um ein jugendliches Individuum. 2. Die Krankheit befiel nur ein Auge und die Drüsen derselben Seite, die nicht vereiterten. 3. Die Bindehautveränderungen bestanden in Granulationen, gelblichen Körnchen, Epithelerosionen und Induration der Lider, wobei das untere Lid mehr betroffen war als das obere. 4. Das nicht reichliche Sekret war serös, mit Beimengung von Flocken. 5. Die Hornhaut war nicht erkrankt. 6. Das Allgemeinbefinden war mitbeteiligt, wenn auch nur mit geringen Temperatursteigerungen und Unwohlsein. 7. Die Möglichkeit einer Infektion von Tieren her ließ sich nicht abstreiten, war aber wenig wahrscheinlich.

Grätzer.

H. Maass, Weitere Mitteilung zur Radikaloperation der Brüche bei Kindern. (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 5.) Das Material zu den Mitteilungen bilden 224 Radikaloperationen, von welchen 200 auf Leistenbrüche kommen; nur 24 von diesen betrafen Kinder im ersten Lebensjahr. M. steht noch immer auf dem Standpunkt, Säuglinge nicht ohne zwingenden Grund der Operation zu unterwerfen. Erstens gelangt die größte Mehrzahl hier rasch zur spontanen Abheilung, dann sind die technischen Schwierigkeiten bei kleinen Kindern oft gar nicht gering, und endlich ist die Operation in diesem Alter auch nicht ohne Risiko. Von den 24 operierten Säuglingen sind 4 gestorben, von 176 jenseits des ersten Lebensjahres stehenden kein einziges. Dazu kommt, daß keineswegs bei Säuglingen die Einklemmungsgefahr eine große ist. Ältere Kinder soll man operieren. Die Chancen der Radikaloperation sind weit bessere, als bei Erwachsenen, und oft ist die Spontanheilung nur eine scheinbare und im späteren Alter treten die Brüche bei hinreichender Gelegenheitsursache oft genug wieder hervor. Bei der Operation verzichtet M. auf die Verengerung der Bruchpforte durch Naht der Leistenpfeiler oder andere plastische Methoden. Selbst bei älteren Kindern erzielt man durch einfache Resektion des Bruchsackes, ohne plastische Verengerung der Bruchpforte, ausnahmslos rezidivfreie Heilung, sobald es nur gelungen ist, den Bruchsackhals gut zu isolieren und so hoch zu unterbinden, daß sich der Ligaturstumpf nach der Resektion tief in die Bauchhöhle zurückziehen kann; das ist der für die Dauerheilung wichtigste Akt der Operation. Ein wesentlicher Vorteil bei Kindern ist die leichte Reponibilität des Bruchinhalts; nur ausnahmsweise wurde es nötig, den Bruchsack zu eröffnen, um Adhärenzen zu

beseitigen. Die Hautwunde schließt M. in allen Fällen primär und bedeckt sie nur durch einen Jodoformkollodiumverband.

Über Operation von Nabelhernien heißt es in der Arbeit:

„Weit seltener als die Leistenhernie geben die Nabelbrüche der Kinder Anlaß zu operativem Vorgehen, da die Einklemmungsgefahr fast gleich Null ist, und die große Mehrzahl dieser Brüche im ersten bzw. zweiten Lebensjahr zur definitiven Heilung kommt; nach meiner Statistik persistieren nur ca. 3% über das zweite Lebensjahr. Die Operation ist daher nur bei sehr großen Brüchen und bei älteren Kindern, sowie natürlich auch beim angeborenen Nabelbruch oder Nabelschnurbruch am Platze.

An letzterem operierte ich ein Kind, das noch mit anderen Bildungsstörungen (Gaumenspalte, Harnröhrenspalte) behaftet war; es fand sich ein apfelgroßer Nabeltumor, der nur an den seitlichen Partien von Haut und Nabelstrangsulze bedeckt war, während im Zentrum das Bauchfell freilag und die Därme durchscheinen ließ; da ich bei dem elenden Zustand des Kindes eine Laparotomie scheute, der sehr zarte Bruchsack aber zu platzen drohte, so habe ich nach Reposition der Därme die ganze Nabelgeschwulst an ihrer Basis mittels Durchstechungsligatur unterbunden; leider ging das Kind am 12. Tage — wohl hauptsächlich infolge seiner Gaumenspalte — atrophisch zugrunde; die Sektion ergab einen guten Verschluß der Bauchhöhle und keine Spur von Peritonitis.

Von erworbenen Nabelbrüchen habe ich 22 operiert, 13 davon seit meinem früheren Bericht. Die Operation gestaltet sich etwas schwieriger als die des Leistenbruchs, weil der umbilikale Bruchsack sowohl mit der Nabelnarbe als mit dem die Bruchpforte bildenden fibrösen Nabelring fest verwachsen und deshalb viel schwerer zu isolieren ist, als der inguinale; auch fehlt ein die Ligatur gestattender Bruchsackhals, der annähernd halbkuglige Bruchsack geht vielmehr mit breiter Basis in das parietale Peritoneum über, so daß man auf den weit unsichereren Nahtverschluß des Bauchfells angewiesen ist. Es ist deshalb zur Sicherung des Dauererfolges ein sorgfältiger plastischer Verschluß der Bruchpforte nicht wohl entbehrlich, sei es durch Naht des fibrösen Nabelringes, oder besser durch Naht der Mm. recti. Bei den letzthin operierten Kindern habe ich folgendes einfache, wie mir schien, im Erfolge recht zuverlässige Verfahren angewandt: nach ovaler Umschneidung der Nabelnarbe wird die mit ihr verwachsene Kuppe des Bruchsacks reseziert, der eröffnete Bruchsack wird in querer Richtung vernäht und nach möglichster Isolierung bis zur Bruchpforte nach abwärts gezogen und im unteren Wundwinkel eingenäht. Es entsteht so eine Duplikatur des Bauchfells, die gegen herniöse Vorwölbungen einen guten Schutz bietet; darüber genügt tiefgreifende vertikale Hautnaht.

Von den 22 operierten Kindern ist ein 8 Monate altes 4 Wochen nach der Operation an Pneumonie gestorben, bei dreien ließ infolge ungenügenden Verschlusses der Bruchpforte das Resultat zu wünschen übrig, die übrigen sind rezidivfrei geheilt, 4 davon mittels des geschilderten Verfahrens der Abwärtsverlagerung des Bruchsacks.“

Grätzer.

C. Helbing, Ein Fall von kongenitaler Rotationsluxation beider Kniee. (Aus der Univers.-Poliklinik für orthop. Chirurgie zu Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 5.) H. beschreibt folgenden bisher noch nicht beobachteten Fall, der deshalb großes Interesse bietet:

„Das 1½ jährige Mädchen, das in Beckenendlage (Fußlage) geboren wurde, zeigt einen idiotischen Gesichtsausdruck. Auffallend ist die Erschlaffung des ganzen Muskelapparats sowohl an den Extremitäten, wie am Rumpf. Das Kind ist nicht imstande zu sitzen, sondern fällt, wenn man es sich allein überläßt, nach vorn über. Die Wirbelsäule zeigt eine gleichmäßige Kyphose; der Kopf kann von dem Kind nicht allein getragen werden, sondern fällt der Schwere nach vorn oder hinten über. Die aktiven Bewegungen an den oberen Extremitäten sind sehr eingeschränkt, passiv lassen sie sich wie gelähmte Anhängsel nach allen Richtungen bewegen. Noch auffallender als an den oberen Extremitäten ist die Muskelerschlaffung an den Hüftbeckenmuskeln. Die Oberschenkel lassen sich wie bei einem paralytischen Schlottergelenk, ohne daß ein Muskeltonus zu konstatieren wäre, passiv nach allen Richtungen bewegen, werden aber in Ruhelage meist in Abduktion und Beugung von ca. 60° gehalten. Irgendwelche Zeichen von Rachitis sind nicht zu konstatieren. Ich möchte deshalb diese eigentümliche Muskelschwäche einreihen in das von Oppenheim als Myatonia congenita beschriebene Krankheitsbild.

Das auffallendste ist jedoch das Verhalten beider Kniegelenke. Die Unterschenkel stehen in einer Beugestellung von ca. 60° zu den Oberschenkeln. Dabei haben sie eine um ihre Längsachse erfolgte Drehung nach außen um ungefähr 90° erfahren, so daß die vordere Tibiakante nicht mehr nach vorn, sondern nach außen sieht. Die Sehnen der Beugemuskeln des Unterschenkels (Semitendinosus, Semimembranosus und Bizeps) zeigen normale Insertion. Der Quadriceps femoris dagegen ist nur in Form eines rundlichen Stranges angedeutet. Sein unteres Ende verliert sich, ohne daß es zu einer Insertion am Knochen kommt, über dem Condylus externus anscheinend in der Haut. Von einer Kniescheibe ist nichts angedeutet. Durch die Rotation der Unterschenkel müssen die Füße ebenfalls eine Drehung nach außen erfahren. Diese Stellungsänderung der Füßchen wird noch verstärkt durch das gleichzeitige Bestehen eines hochgradigsten kongenitalen Plattfußes. Wenn man das Kind suspendiert, so sehen die Zehen nicht nur nach außen, sondern nach hinten oben. Setzt man das Kind, so kommen die Füße auf die Nates nach hinten zu liegen, die Zehen sehen dabei direkt nach hinten. Nach Angabe der Mutter wurde diese Lage der unteren Extremitäten noch mehrere Monate nach der Geburt von dem Kinde innegehalten. Das Ungewöhnliche an dieser Skelettmißbildung ist also die Rotation des Unterschenkels gegen den Oberschenkel. Ich möchte für diese noch nicht beschriebene Kniegelenksanomalie den Namen ‚Rotationsluxation' vorschlagen."

Die Drehung des Unterschenkels macht sich im Röntgenbilde, welches in Rückenlage des Kindes aufgenommen wurde, dadurch bemerkbar, daß die Fibula nach einwärts an der Tibia zu liegen kommt. Bei normal gestalteter unterer Extremität kommt es selbst bei stärkster Auswärtsrotation des Oberschenkels höchstens zur Deckung beider Knochen im Röntgenbilde. Sowohl der Femur, als auch die beiden Unterschenkelknochen zeigen in ihrer äußeren Gestalt keine Veränderung. Die Beugekontraktur im Kniegelenk kann passiv bis zum Winkel von ca. 120° ausgeglichen werden.

Da in dieser Stellung die unteren Extremitäten niemals zum Gehen brauchbar sein konnten, so entschloß ich mich trotz der gleichzeitig bestehenden Myatonia congenita zu einem operativen Eingriff. Von der Erfahrung ausgehend, daß man Rezidive von erworbenen Beugekontrakturen im Kniegelenk am besten durch Überpflanzung der Beuger des Kniegelenks auf den Streckapparat vermeidet, trennte ich zuerst von zwei Längsschnitten in der Kniekehle aus die Ansatzpunkte des Mm. biceps, semitendinosus und semimembranosus vom Unterschenkel ab. Danach ließ sich zwar das Knie strecken, jedoch

bestand die Außenrotation hier nach wie vor. Erst nach Durchschneidung des Ligamentum laterale externum konnte der Unterschenkel gegen den Oberschenkel so weit nach innen rotiert werden, daß der Fuß annähernd nach vorn stand. Um diese Stellung zu erhalten, überpflanzte ich die weit nach oben abgelösten Mm. semimembranosus und semitendinosus auf den äußeren Rand der Tuberositas tibiae unter möglichst starker Spannung. Durch die Verlagerung dieser Muskeln nach vorn und außen wurde der Unterschenkel nicht nur in Streckstellung erhalten, sondern auch die noch immer bestehende Neigung zur Auswärtsrotation beseitigt.

Von der Überpflanzung des M. biceps nahm ich Abstand, da dieser Muskel nach seiner Transplantation auf die Tibia neben einer Streckwirkung auch eine Rotation des Unterschenkels nach außen hätte bewirken müssen. Bei der Überpflanzung der Innenbeuger des Unterschenkels konnte ich mich überzeugen, daß die Kniegelenkskapsel gut entwickelt, dagegen der ganze Streckapparat, also das Lig. patellae proprium, die Patella und auch die Sehne des Quadrizeps, nicht vorhanden war. An Stelle der letzteren fanden sich, unmittelbar in die Haut ausstrahlend, einige dünne sehnige Fasern, die sich nach oben hin in einen dünnen drehrunden Strang, das einzige, was vom M. quadriceps angelegt war, fortsetzten. Mit diesem Operationsverfahren ist es mir gelungen, die für den Gehakt notwendige und stabil bleibende Stellung des Knies zu erreichen. Durch Keilresektion aus dem Tarsus und Übertragung des M. tibialis anticus auf die Tuberositas ossis navicularis wurde der Plattfuß beseitigt. Es ist zu erwarten, daß das Kind unter Zuhilfenahme von Schienenhülsenapparaten, welche an ein Stoffstahlkorsett anmontiert werden müssen, eine selbständige Fortbewegung mit normal gestellten Gliedern erwirbt.

Grätzer.

L. Fiedler, Beitrag zur primären akuten Osteomyelitis der Rippen. (Aus dem Landkrankenhaus in Fulda.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 5.) Ein 8 jähriges Mädchen erkrankte 10 Tage, nachdem es auf einer Treppe ausgeglitten und mit dem Rücken auf die Treppe aufgefallen war. Es handelte sich um eine primäre akute Osteomyelitis der siebenten rechten Rippe, durch den Staphylococcus pyogenes albus hervorgerufen, und hinzutretende schwere Allgemeininfektion mit hohem Fieber. Exitus nach 14 tägiger Krankheitsdauer. Diese Diagnose war aber anfangs gar nicht zu stellen. Das Krankheitsbild glich eher einem Typhus, und dieser konnte erst nach einiger Zeit ausgeschlossen werden. Jedes äußere Zeichen einer Knocheneiterung fehlte, nur leichte Vorwölbung des Thorax bestand. Und wenn diese auch allmählich zunahm, so waren doch die Symptome einer schweren fieberhaften Allgemeinerkrankung so vorherrschend, daß man zunächst die Rippen gar nicht als Ausgangspunkt der Affektion annahm. Bemerkenswert waren allerdings die von Anfang an hohe Respirationsfrequenz (über 70) und Leibschmerzen, die sehr wahrscheinlich als irradiierende anzusehen sind, bedingt durch direkte Reizung der Nn. intercostales. Die Eingangspforte des Staphylococcus pyogenes aureus war nicht zu eruieren. Man darf wohl annehmen, daß durch den Sturz an der siebenten Rippe

ein Locus minoris resistentiae geschaffen wurde und dort die Ansiedelung der im Blute kreisenden Mikroorganismen begünstigt wurde.

Grätzer.

E. Moro, Über eine diagnostisch verwertbare Reaktion der Haut auf Einreibung von Tuberkulinsalbe. (Aus der Univers.-Kinderklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 5.) Die Tuberkulinsalbe, mit der M. die Versuche anstellte, war 50%ig; sie bestand aus gleichen Mengen von Alttuberkulin und Lanolinum anhydricum. Letzteres wählte er deshalb als Grundsubstanz, weil sich mit diesem Konstituens die größte Konzentration der Salbe erzielen ließ. Zur Aufnahme des Tuberkulins wurde das Lanolin vorher mäßig (auf 20—30°) erwärmt. Die im Eisschrank aufbewahrte Salbe behielt monatelang ihre Wirksamkeit. 10 g Salbe genügen schätzungsweise zu 100 Versuchen.

Als Inunktionsstelle bewährte sich am besten die Bauchhaut knapp unterhalb des Schwertfortsatzes. War diese Hautpartie nicht rein, d. h. nicht frei von bereits bestehenden Effloreszenzen, dann wählte M. eine Partie der Brusthaut in der Nähe der Mammilla aus. Die Einreibung der Salbe erfolgte unter mäßigem Druck auf die Haut mit dem Finger. In jedem Falle genügte ein erbsengroßes Stück Salbe und eine Einreibungsdauer von ½—1 Minute. Der Durchmesser der eingeriebenen Hautpartie betrug 5 cm. Die Stelle wurde hierauf ca. 10 Minuten entblößt gelassen. Ein nachträglicher Schutzverband wurde nicht angelegt.

Beim negativen Ergebnis blieb die eingeriebene Hautpartie dauernd reaktionslos; der positive Effekt bestand hingegen in dem Auftreten von knötchenförmigen, papulösen Effloreszenzen am Orte der Einreibung.

M. unterscheidet drei Grade der positiven Reaktion:

1. Schwache Reaktion: Am Orte der Einreibung erscheinen nach 24—48 Stunden, selten später, ganz vereinzelte (2 bis ca. 10) und einzelstehende, zumeist deutlich gerötete, selten unscheinbar blasse Knötchen, deren Durchmesser 1—2 mm beträgt. Zumeist verschwinden diese Effloreszenzen schon nach einigen Tagen, ohne jemals einen Juckreiz erzeugt zu haben.

2. Mittelstarke Reaktion: Am Orte der Einreibung schießen meist schon im Laufe der ersten 24 Stunden sehr zahlreiche (bis 100 und mehr), miliare oder größere (bis 3 mm im Durchmesser haltende) rote Knötchen auf. Die Haut in der Umgebung der Effloreszenzen ist mäßig gerötet. Die Reaktion bleibt auf die Inunktionsstelle beschränkt und pflegt anfangs von leichtem Juckreiz begleitet zu sein; sie bleibt mehrere Tage unverändert bestehen und blaßt erst allmählich ab.

3. Starke Reaktion: Am Orte der Einreibung erscheinen meist schon nach wenigen Stunden sehr zahlreiche (bis 100 und mehr) größere, rote Knötchen auf entzündeter Basis. Die Dermatitis geht stets mit Juckreiz einher. Manche Effloreszenzen zeigen Exsudation und können einen Durchmesser von 5—8 mm erreichen. Der Ausschlag ist nicht auf die Einreibungsstelle beschränkt, sondern breitet

sich auch in der nächsten Umgebung aus. Nach einigen Tagen trocknen die papulösen Effloreszenzen ein und schuppen. Nach 2 Wochen ist außer einer bräunlichen Pigmentation an der Haut nichts mehr zu bemerken.

Bei keiner der drei Reaktionsformen traten irgendwelche Allgemeinerscheinungen, wie Temperatursteigerungen und dgl. zutage.

Die starke Reaktion ist sehr selten. Sie trat unter 37 positiven Reaktionen nur 3 mal auf (2 mal bei Skrofulose, 1 mal bei Karies). Die schwache Reaktion beobachtete M. 25 mal, die mittelstarke Reaktion 9 mal. Die deutlichsten Reaktionen der Haut erhielt er bei Skrofulose und bei Knochentuberkulose, die schwächsten Reaktionen bei den weit vorgeschrittenen Formen der Lungentuberkulose. Einen wesentlichen Faktor für den Ausfall der Reaktion bildete zweifellos die Beschaffenheit der Haut. Bei saftreicher Haut mit gutem Turgor ist im gegebenen Falle eine deutliche Reaktion zu gewärtigen, während bei der atrophischen Haut kachektischer Individuen die Reaktion im Stiche lassen kann.

Das Untersuchungsmaterial beschränkte sich vorläufig lediglich auf Kinder zwischen dem 1. und 13. Lebensjahr.

Die Salbenreaktion ist streng spezifisch. Alle Fälle, die auf Tuberkulinsalbe (positiv) reagierten, ergaben auch bei der kutanen Tuberkulinimpfung nach v. Pirquet ein positives Resultat. Einer positiven Salbenreaktion ohne positiven Pirquet ist M. bisher niemals begegnet.

Eine Reihe von Fällen mit negativem Ausfall der Salbenprobe zeigte bei der kutanen Tuberkulinimpfung positive Reaktion. Diesem Verhalten begegnete M. gerade bei den beiden Extremen, bei Fällen von manifester Tuberkulose und bei jenen Fällen, wo kein Verdacht auf Tuberkulose vorhanden war. Bei der ersten Gruppe negativer Proben handelte es sich beide Male um schwer kachektische Individuen. Dabei scheint also die Salbenprobe früher zu versagen, als die kutane Impfung.

Grätzer.

P. Sehlbach, Über die Häufigkeit der Tuberkulose und die beiden Hauptzeitpunkte der Ansteckung mit derselben im Säuglingsalter. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 7.) S. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die Tuberkulosehäufigkeit im Säuglingsalter nimmt nicht wie bisher angenommen von Monat zu Monat zu, vielmehr findet gegen Ende des ersten und des zweiten Jahres ein Rückgang statt.

2. Dem entsprechen zwei vorausgehende Hauptzeitpunkte der Infektion, und zwar:

a) Wiegeninfektion im ersten Lebensvierteljahre,

b) Kriech- oder Schmutz- oder Schmierinfektion um die Wende des ersten Jahres.

Die Möglichkeit einer Ansteckung auch einmal zu anderer Zeit wird damit nicht ausgeschlossen.

3. Ganz allgemein genommen verfallen die künstlich genährten Kinder der Tuberkulose am schnellsten, es folgen die Teilbrustkinder, dann die eigentlichen Brustkinder.

4. Hieraus erhellt die große Schutzkraft der Frauenmilch (? des Fettes) gegenüber der Tuberkulose. Grätzer.

Fr. Wohlwill, Über Influenzabazillenbefunde im Bronchialbaum. (Aus dem patholog. Institute des allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 7.) W. zeigt, daß es bestimmte Kranke gibt, die Influenzabazillen in ihren Bronchien beherbergen, und zwar in erster Linie die Phthisiker, sodann die Kinder in den ersten Lebensjahren, namentlich bei Infektionskrankheiten. Er steht nicht an, in diesen Kranken die Vermittler und Weiterverbreiter der Influenzainfektion zu sehen. Grätzer.

O. Vulpius, Über den Wert der Arthrodese. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 7.) V. zeigt einzeln für die verschiedenen Gelenke, wo die Arthrodese indiziert ist, und weist in Wort und Bild nach, welche schönen Resultate sich erzielen lassen. Er mahnt dringend, neben der Sehnenverpflanzung die Arthrodese nicht zu vergessen. Grätzer.

C. Adam, Über Schädigungen des Auges durch die Ophthalmoreaktion und die hierdurch bedingten Kontraindikationen. (Aus der I. Univers.-Augenklinik Berlin.) (Mediz. Klinik. 1908. Nr. 6.) Auf Grund seiner Erfahrungen stellt A. folgende Sätze auf:

1. Das zum Zweck der Ophthalmoreaktion in den Bindehautsack gebrachte Tuberkulin kann neben der durch die Allergie des Gewebes bedingten Reaktion auch toxische oder infektiöse (?) Wirkungen entfalten und hierdurch das Auge schädigen.

2. Diese toxischen bzw. infektiösen (?) Wirkungen machen sich in höherem Maße am kranken Auge, bei „skrofulösen“ Kindern, und in besonders hohem Maße am tuberkulösen Auge geltend; wobei Augen, bei denen die Tuberkulose in den vorderen Teilen des Auges (Konjunktiva, Kornea, Sklera, Iris) lokalisiert ist, in höherem Maße gefährdet erscheinen, als solche, bei denen sich die Tuberkulose in den tieferen Teilen befindet.

3. Die schädliche Wirkung kann auch dann auftreten, wenn bei einseitigem Prozeß das gesunde Auge zur Reaktion benutzt wird.

4. Kinder sind in höherem Maße durch die Ophthalmoreaktion gefährdet als Erwachsene.

5. Durch das Einträufeln von Tuberkulin wird eine erhöhte Empfindlichkeit der Bindehaut gegen Tuberkulin geschaffen.

6. Die Ophthalmoreaktion kann in der heutigen Form noch nicht als gefahrlos angesehen und demgemäß noch nicht zum allgemeinen Gebrauch empfohlen werden.

Kontraindikationen:

Absolute: Augenerkrankungen in jeder Form und in jedem Stadium, selbst völlig abgelaufene; auch dann, wenn ein Auge gesund ist.

Relative: 1. Jugendliches Alter. 2. Bereits einmal angestellte Ophthalmoreaktion. 3. Die Absicht, einige Zeit nach der Ophthalmoreaktion Tuberkulin subkutan zu injizieren. Grätzer.

Salzwedel (Berlin), Zur Therapie des Schnupfens und der chronischen Nasen- und Rachenkatarrhe. (Die Therapie der Gegenwart. Februar 1908.) S. hatte nach einer Influenza einen Rachenkatarrh zurückbehalten, der bei jeder Erkältung exazerbierte, bis er mit einer 0,5 $^0/_0$ igen Arg. nitr.-Lösung Pinselungen vornahm, worauf diese Neigung zu Katarrhen verschwand. Diese Pinselungen vermochten auch jeden Schnupfen zu kupieren, sobald sie, wenn sich der erste Juckreiz in der Nase einstellte, ausgeführt wurden. Diese Erfahrung machte S. dann auch bei anderen Patienten. Die Pinselungen beseitigten aber auch Bronchialkatarrhe mit schweren Hustenanfällen. Daß Reizung der Rachenschleimhaut Hustenanfälle auslösen kann, ist ja bekannt. Nach dem, was S. bei dieser Gelegenheit gesehen hatte, scheinen aber selbst Bronchialkatarrhe mit durch die Auskultation deutlich nachweisbaren bronchitischen Veränderungen in unmittelbarer Abhängigkeit von Rachenkatarrhen stehen und sich mit dem Verschwinden jener zurückbilden zu können. Manchmal sah S. auch Kehlkopfkatarrhe bei dieser Therapie schwinden. Und noch eine bemerkenswerte Beobachtung machte er bei Kindern und jungen Mädchen, die an Bleichsucht litten; sie wurden viel frischer, bekamen ein besseres Aussehen und nahmen an Gewicht zu, als Reste von chronischen Rachenkatarrhen, die er vorfand, durch die Pinselungen beseitigt wurden. Letztere können selbst bei kleinen Kindern anstandslos vorgenommen werden. Über die Ausführung selbst hören wir den Autor selbst:

„Was die Technik betrifft, so pinsele ich die Eingänge beider Nasenhöhlen bis an den vorderen Rand der unteren Muschel (nicht weiter) und die ganze hintere Rachenwand bei a-Anlauten. Bei der Pinselung des Naseneinganges lege ich Wert darauf, daß auch die vordere Wand gehörig bestrichen wird. Ich drücke gern nach Beendigung der Pinselung noch einen zweiten, recht feuchten Pinsel bei hintenüberliegendem Kopf des Kranken, etwa 1 cm oberhalb vom Naseneingang gegen die vordere Nasenhöhlenwand und übe dann von außen auf die sich deutlich vorwölbende Stelle der Nase einen leisen Druck mit dem Finger. Es pflegt dann ein Tröpfchen der Lösung durch den Nasengang in den Rachen zu laufen. — Bei der Pinselung des Rachens beschränke ich mich in der ersten Sitzung bei akuten Zuständen regelmäßig auf ein einfaches Hin- und Herfahren mit dem Pinsel über die ganze Rachenhinterwand. Erst in der zweiten Sitzung, wo die Teile fast immer schon stark abgeschwollen und weniger empfindlich sind, suche ich mehr in die Recessus hinter den Mandeln zu kommen und wiederhole die Pinselung auch wohl für jede Seite einzeln. Ich habe bisher nie öfter als zweimal am Tage gepinselt; dies nur bei akuten Zuständen. Im allgemeinen kommt man nach meiner Erfahrung im Anfang mit einmaligem Pinseln am Tage, später mit Wiederholungen am dritten oder vierten Tage aus. Bei inveterierten chronischen Zuständen habe ich die Pinselungen fast immer nach der Heilung zur Sicherung des Erfolges noch monatelang ein- bis zweimal in der Woche fortgesetzt. Als Pinsel benutze ich ausschließlich an größere oder kleinere Holz- oder Metallstäbchen gedrehte Wattebäusche, die ich möglichst stark, doch nicht so, daß sie abtropfen,

mit der Lösung tränke. Je feuchter sie sind, um so weniger Beschwerden macht dem Kranken die eigentliche Manipulation des Pinselns. Schwarzfärbung der Gesichtshaut dürfte man bei einiger Geschicklichkeit stets vermeiden können. — Bei den ersten Pinselungen tritt bei sehr akuten Zuständen wohl 5—10 Minuten nach dem Eingriff ein kurz dauernder, milder Schmerz auf, zuweilen hält auch eine gewisse Eingenommenheit des Kopfes einige Zeit an, und fast immer tritt anfänglich eine vermehrte Sekretion ein. Deshalb pinsele ich die ersten Male bei akuten Zuständen gern abends, 2—3 Stunden vor dem Schlafengehen; andererseits nicht später, weil sonst das Einschlafen gestört werden könnte. Die Kranken fühlen dann nach dem Erwachen fast immer eine sehr erhebliche Erleichterung. Mit den Nasenpinselungen kann meist sehr bald aufgehört werden, außer wenn Borken- oder Geschwürbildung vorhanden ist."

Hinzugefügt sei, daß S. bei akutem Verlauf des Schnupfens wie der übrigen Erkrankungen, besonders bei Influenza, kleine Gaben Aspirin (höchstens 4 mal am Tage 0,25 g) neben den Pinselungen anwandte.

Grätzer.

C. Löwenstein, Über die Hirschsprungsche Krankheit. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anatomie. 1907. Bd. 18. Nr. 23.) Das Sammelreferat bringt eine ausführliche Literaturzusammenstellung der bekannt gewordenen Fälle der noch immer nicht völlig geklärten Krankheit; auch einige zweifelhafte Fälle, die unter obigem Namen gehen, sind im Verzeichnis zitiert. Nach kurzem geschichtlichen Überblick wird die Krankheit vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt aus eingehend besprochen, so wie sie sich nach der umfangreichen Literatur darstellt. — Zu einem Referate ist die Arbeit nicht geeignet; sie orientiert aber gut über alle einschlägigen Fragen.

Bennecke (Bonn).

Olga Lotmar, Ein Beitrag zur Kenntnis der Schicksale der fötalen Atelektase. (Virchows Archiv. Bd. 191. Heft 1.) L. teilt zwei Fälle mit, die als zufälliger Nebenbefund bei 50 jährigen Individuen erhoben wurden. Makroskopisch zeichneten sich die atelektatischen Partien durch ihren Mangel an Kohlenpigment aus. Bei der mikroskopischen Untersuchung konnten ganz geringe Spuren nachgewiesen werden, doch spricht dieser Befund nach L.s Ansicht nicht dagegen, daß es sich um eine kongenitale Veränderung handelt. Sie konnte weiter nachweisen, daß in den veränderten Partien die Bronchiektasenbildung fehlt, was bisher in der Literatur nicht erwähnt wurde, und daß es entsprechend einer Vermutung Stellers in manchen Fällen in den atelektatischen Lungenabschnitten zu vollkommener Verödung und Schrumpfung kommen kann. Bindegewebige Umwandlungen des Lungengewebes in dem ersten Falle ließen sich durch sekundäre entzündliche Veränderungen am Lungenhilus erklären.

Bennecke (Bonn).

Rizor, Jugendirresein. (Aus der kgl. Univers.-Klinik und Poliklinik f. psych. und Nervenkrankheiten Göttingen.) (Arch. f. Psych. und Nervenkrankh. Bd. 43. Heft 2 u. 3.) Verf. versucht die geistigen Erkrankungen der Pubertät zusammenzufassen. Das Pubertätsalter ist dadurch, daß zu dieser Zeit das Gehirn zum Abschluß seiner

Entwicklung kommt, so eminent wichtig. Die geistigen Erkrankungen dieses noch unfertigen Gehirns zeigen in ihrem Beginn, Verlauf und ihren Zustandsbildern ganz charakteristische Züge. Sie brauchen nicht immer zu einer Verblödung oder zu geistigem Stillstand zu führen, sondern auch dauernde Heilungen sind möglich. Unter Anführung einer ganzen Reihe ausführlicher Krankengeschichten werden folgende fünf Untergruppen des Jugendirreseins unterschieden (eine Einteilung, die von Cramer angeregt worden ist):

1. Stillstand geistiger Entwicklung als vorzeitiger Abschluß in der Pubertät. Die Individuen haben sich bisher geistig normal entwickelt. Bisher erworbenes Geisteskapital geht nicht verloren. Die Symptome sind: Armut an Gedanken und Vorstellungen unter Berücksichtigung von Alter und Erziehung. Schwäche der Aufmerksamkeit. Mangel an Energie auf Ausdauer, Schwäche des Kritik- und Urteilsvermögens. Eigentliche psychiatrische Symptome fehlen. Die Kranken fallen aus ihrem Milieu heraus.

2. Ausgesprochene Psychose im Pubertätsalter unter Einschluß der Puerperalpsychosen:

Akuter und subakuter Beginn. Große Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder, aber ohne Einfluß auf den Ausgang der Psychose.

Aufmerksamkeit schwer gestört; Auffassungsvermögen erhalten; desgleichen Gedächtnis und Merkfähigkeit; Urteils- und Kritikvermögen geschädigt. Monotonie der Wahnideen. Disharmonie zwischen äußerem Verhalten der Kranken und ihrer Wahnideen. Hinderung des Affekts.

Ausgang entweder in Heilung oder in Stillstand der geistigen Entwicklung.

3. Die Psychose verläuft in mehreren Schüben.

Beginn und Zustandsbilder gleichen denen der Gruppe II. Hier finden sich auch mehr katatonische Symptome. Je ständiger und anhaltender diese werden, um so trauriger die Prognose.

Ausgang: Die geistigen Fähigkeiten werden von Schub zu Schub geringer, also kein Stillstand, sondern Defekt im Sinne eines Verlustes des bisher erworbenen geistigen Kapitals. Das Stadium der Verblödung wird sicher erreicht. Die Kranken sind dann im allgemeinen infolge des Verlustes der geistigen Selbständigkeit im Verhalten mit den Imbezillen zu vergleichen.

3a. Tritt die Psychose so auf, daß Attacken von totaler Verwirrtheit, welche 5—6 Tage oder 2—3 Wochen anhalten, mit Intervallen von völliger Luedität von verhältnismäßig kurzer Dauer sich abwechseln, so kann der Patient jahrelang an diesen Erscheinungen leiden, ohne daß eine ausgesprochene Verblödung zustande kommt. Heilungen nicht beobachtet.

4. Psychose führt nach verhältnismäßig kurzem Verlauf zu völliger Verblödung.

Die Fälle ähneln der Idiotie schweren Grades.

5. Die Pubertätspsychose pflanzt sich auf eine schon verlaufene Imbezillität auf. Ein durch die Psychose hervorgerufener Verblödungszustand kann bei nicht genauer Kenntnis der Anamnese leicht vorgetäuscht werden. Die Endzustände gleichen denen der Gruppe III und IV.

Arthur Stern (Charlottenburg).

G. Levinsohn, Über einen Fall von angeborener Ophthalmoplegia interna. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Okt.—Nov. 1907.) Der eingehend beschriebene Fall stellt eine Affektion dar, die wohl noch nicht zur Beobachtung gekommen ist: Bei einem sonst durchaus gesunden und normalen 17 jährigen Jungen sind beide Pupillen fast maximal erweitert und auf Lichteinfall und Konvergenz starr. (Atropinwirkung sicher ausgeschlossen.) Diese beiderseitige, fast totale Ophthalmoplegia interna ist zunächst und vor allem dadurch von Interesse, daß sonst keine Erscheinung vorhanden ist, die auf eine zerebrale Affektion schließen läßt. — Die Ophthalmoplegia interna ist ja in der Regel nur als ein Symptom aufzufassen, das gewöhnlich bei der progressiven Paralyse, der Tabes und besonders der zerebralen Lues, und zwar in allen Stadien dieser Erkrankungen aufzutreten pflegt. Verf. sieht die Anomalie als einen Zustand an, der analog zu setzen sei den angeborenen nuklearen Lähmungen äußerer Augenmuskeln.

Interessant sind noch hier die — mehr negativen — Befunde nach Einträufelung von Eserin. (Verf. ist bekannt durch seine Untersuchungen über die Einwirkung der gebräuchlichen Pupillenreagenzien auf pathologische Pupillen.)

Ich vermisse nur in der Arbeit einen Hinweis auf die Beschaffenheit des Irisstromas, ob nämlich das Gewebe der Regenbogenhaut, wie man doch nach allem vermuten sollte, atrophisch bzw. aplasisch oder hypoplasisch ist. Sonst stellt ja die Atrophie der Iris meist das Resultat einer chronischen oder doch langdauernden Entzündung dar und kennzeichnet sich vor allem durch die verwaschene Färbung und das Fehlen der schönen, zartplastischen Zeichnung der Irisvorderfläche. Besonders markant sind diese Erscheinungen, wenn man, was hier nicht möglich, am anderen Auge eine noch gesunde Iris als Vergleichsobjekt hat. Sommer (Mayen).

Zeroni, Die ausbleibende Granulationsbildung nach der Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 73.) Beschreibung dreier Fälle von Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, bei denen sich die merkwürdige Erscheinung zeigte, daß eine Neigung zum normalen Verschluß der Wunde durch Granulationsbildung nicht vorhanden war. Es handelte sich nicht um zurückgebliebene Krankheitsherde, das ganze Bild war ein anderes, wie in diesen Fällen. Während bei nicht exstirpiertem kranken Knochen die Granulationsbildung vermehrt ist, und als Resultat sich eine feine Fistel bildet, die auf den Krankheitsherd führt, besteht hier spärliche Sekretion und kein Wachstum der Granulationen. Während im ersten Fall nach Ausräumung des Krankheitsherdes schnelle Heilung eintritt, wird im letzten Falle durch Eingriffe die Höhle nur größer. Die Epidermis wächst in die Höhle hinein, sie liegt direkt in dünnem Überzuge auf dem Knochen. In der Literatur sind nur sehr wenige ähnliche Fälle beschrieben. Tuberkulose lag in Z.s Fällen nicht vor. Z. hält für die Ursache vielleicht klimatische Einflüsse, da in dem großen Material einzelner Kliniken diese Tatsache völlig zu fehlen scheine; auch in seiner mehrjährigen Assistentenzeit in Halle habe er keinen einzigen derartigen Fall gesehen, während er bei seiner kurzen Tätigkeit in Karlsruhe bereits über drei verfüge. A. Sonntag.

H. Ritzmann, Ovarialtumoren bei Kindern. (Inaug.-Dissert. Breslau 1906.) In der Literatur sind bis 1901 bereits 200 Beobachtungen von Ovarialtumoren bei Kindern niedergelegt, denen hier 5 in der Breslauer Frauenklinik (Küstners) bei Mädchen unter 15 Jahren operierte Fälle hinzugefügt werden. Während es sich sonst meist um einfache Ovarialkystome handelt, waren die Breslauer Fälle 3 Sarkome und 2 Dermoidkystome (Teratome). Wegscheider.

Ch. Sorochowitsch, Gelatinetherapie der Melaena neonatorum. (Inaug.-Dissert. Breslau 1907.) Unter ca. 700 Geburten wurden in der Breslauer Frauenklinik 7 Fälle (1 %) von Melaena (vera) neonatorum beobachtet, die mit Gelatineeinspritzungen erfolgreich behandelt wurden. Seiner Empfehlung dieser Methode fügt der Verf. eine Zusammenstellung der Theorien über Wesen und Ursache der Melaena hinzu, ohne wesentliches Neues zu bringen. Wegscheider.

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

E. Kalmus (Prag), Vergiftung einer dreigliedrigen Familie durch ein irrtümlich genommenes Belladonnainfus. (Wiener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 5.) K. wurde zu einem 13 Monate alten Kinde gerufen, dessen Haut stark gerötet erschien und das sich heftig schreiend hin und herwarf. Er eruierte nun, daß auch bei den Eltern Krankheitserscheinungen sich geltend machten: Übelkeiten, bei der Mutter auch große Mattigkeit, beim Vater „Verwirrtheit“, Eltern und Kind zeigten ad maximum erweiterte, lichtstarre Pupillen. Alle drei hatten von einem als „Hirschzungenkraut“ gekauften Tee getrunken. In diesem Tee wies die Untersuchung nun zerkleinerte Belladonnablätter nach, und die Prüfung bei dem Verkäufer des Tees ergab, daß in dem mit „Fol. Scolopendrii“, signierten Fache tatsächlich eine beträchtliche Menge Fol. Belladonnae vorhanden war.

Wenn auch obige Fälle günstig abliefen, mahnen sie doch, bei Fol. Scolopendrii vorsichtig zu sein und auf Vermischung mit gefährlichen Droguen zu achten. Grätzer.

F. Schleissner, Die allergiesche Reaktion als Hilfsmittel zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter. (Aus der Kinderklinik des Kaiser Franz Josef-Kinderspital in Prag.) (Prag. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 4.) S. hat ca. 250 Impfungen vorgenommen und kommt zu folgenden Schlüssen:

Wollen wir nun zu einem Urteil über die Allergieprobe gelangen, so wird man ihr am gerechtesten, wenn man sie in Parallele setzt zu der probatorischen Tuberkulininjektion. Hier fällt der Vergleich durchwegs zu ihrem Gunsten aus. Sie ist einfacher vorzunehmen, erfordert nicht die komplizierte Herstellung der hohen Verdünnungen, erspart die häufigen und wenn man nicht selbst mißt, nicht immer zuverlässigen Temperaturmessungen und hat als Indikator nur eine kutane, leicht zu beobachtende Erscheinung statt der nicht immer gleichgültigen Temperaturerhöhung. Als größter Vorteil wäre zu betonen, daß das Verfahren uns niemals irgendwelche Schädigungen gezeigt

hat, während dies den Tuberkulininjektionen doch öfters vorgeworfen wurde; es bleibt hier eben die Allgemein- und die Herdreaktion aus, und es zeigt sich nur ein Analogon der Stichreaktion. Den einen großen Nachteil teilt das Verfahren mit den probatorischen Injektionen: Es gestattet keine topische Diagnose, es sagt uns nichts über den Sitz, den Grad und die Art der Erkrankung; es sagt uns nur, daß irgendwo im Organismus eine tuberkulöse Infektion stattgefunden hat. Und darum leistet es zuviel, da es, wie es scheint, auch alle alten latenten inaktiven Herde angibt und Personen als krank erscheinen läßt, die gesund oder wenigstens nicht tuberkulös sind.

Bei aller Anerkennung des glücklichen und scharfsinnigen Grundgedankens, der vieles für sich hat, darf man sich doch nicht zu unberechtigter Begeisterung verleiten lassen und die Frage, ob die Pirquetsche Reaktion in praktischer Beziehung ein wesentlicher Fortschritt ist, nicht unbedingt bejahen. Sie versagt einmal bei sehr schweren Fällen und zeigt uns auch die leichtesten an. Zur Entscheidung der Frage, ob eine Frau ihr Kind stillen darf oder nicht, wird man die Reaktion nicht heranziehen dürfen: wenn man jeder positiv reagierenden Mutter das Stillen verbieten wollte, so kämen viele Kinder unberechtigterweise um ihr Anrecht auf die Mutterbrust. Auch die Sonderung von Tuberkulösen und Nichttuberkulösen in Spitälern und Instituten wird sich wohl auf diese Weise nicht durchführen lassen; man würde nur die inaktiven Formen mit den progredienten, infizierenden zusammensperren und sie so doppelt gefährden. Wohl aber scheint sie für eine wichtige prognostische Frage verwendbar: bei den Atrophikern des ersten Lebensjahres, bei denen die inaktiven Formen der Tuberkulose so gut wie vollständig fehlen. In einigen unserer Fälle des ersten Jahres, bei denen wir wegen der hochgradigen Atrophie an Tuberkulose denken mußten, blieb die Reaktion negativ; die Kinder überstanden entweder ihre Magendarmerkrankung und entwickelten sich dann gut oder sie zeigten bei der Autopsie keine Tuberkulose. Auf diesem engen Gebiete wird sich die Methode hoffentlich voll bewähren; doch sind auch hier schon, namentlich von Engel und Bauer, Zweifel gegen den vollen Wert der Methode vorgebracht worden. Grätzer.

A. Gludzinski, Appendizitis und Diphtherie. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1907. Nr. 22.) Bei einem 16 jährigen Patienten wurde ein heftiger Anfall von Appen- und Periappendizitis konstatiert. Es war ein Rezidiv einer bereits vor einem Jahre durchgemachten ähnlichen Erkrankung. Zugleich wurde diesmal eine, durch Nachweis von Löfflerschen Bazillen erhärtete Diagnose von Diphtherie des Kehlkopfgaumens und des Nasopharyngealraumes festgestellt. Es wird nun die Frage aufgeworfen, ob es bloß ein zufälliges Zusammentreffen beider Leiden ist, oder ob diese in irgendwelchem ursächlichen Konnex zueinander stehen. Am zweiten Erkrankungstage der Appendizitis war bereits Heiserkeit zu konstatieren, am neunten Tage konnte man eine deutliche Paralysis nervi recurrent. sin. feststellen. So begannen zumindest beide Krankheiten gleichzeitig. Bekannt ist es, daß die Diphtherie außer lokalen auch allgemein toxische Symptome nach

sich zieht. Was speziell den Darmkanal anlangt, so sind hier starke Schwellungen und Injektion der Peyerschen Plaques und Solitärfollikel beobachtet worden, ähnlich wie beim Abdominaltyphus. Solche Veränderungen werden auch im Appendix vorkommen, Angina appendicularis. Es ist nun höchstwahrscheinlich, daß im vorliegenden Falle der schon durch die vorjährige Affektion in seiner Widerstandskraft verminderte Appendix Sitz solcher Veränderungen wurde, durch welche ein Angriff der im Blute kreisenden Toxine auf eben diese Stelle ermöglicht wurde. Gabel (Lemberg).

J. P. Stower, Notes of a case of congenital Ichthyosis hystrix linearis or hystricismus (syn. Ichthyosis cornea, Naevus verrucosus, vel Naevus papillaris vel Papilloma neuroticum usw.). (The British Journ. of Dermat. Januar 1908.) Die 8jährige Patientin zeigte über Arme, Hände, unteren Rumpf, linkes Bein verstreute warzige, teils mit Schuppen bedeckte Auswüchse, welche besonders an den Armen zu großen Gebilden konfluierten. Die Eltern geben an, daß das Kind bereits bei der Geburt „Flecke" gehabt habe. In der Familie kam kein ähnlicher Fall vor. Das sonst gut gebaute und ernährte Kind war doch im allgemeinen von schwacher Gesundheit. Einige der größten ichthyotischen Gewächse wurden chirurgisch entfernt. Max Joseph (Berlin).

A. J. Hall, A further note on the aetiology of infantile eczema. (The British Journ. of Dermat. Januar 1908.) In den 100 Fällen von Ekzemen der ersten 6 Lebensmonate, welche Verf. beobachtete, fiel besonders die fast stets primäre und starke Beteiligung der Kopf- und Gesichtshaut auf, eine Lokalisation, welche von Ekzemen späterer Altersstufen durchaus nicht so erheblich bevorzugt wird. Meist war das Ekzem hier auf beiden Seiten symmetrisch verteilt. Ätiologisch war nichts sicheres nachzuweisen. Sowohl Hauterkrankungen der Mutter, Dentition, Ernährungsstörungen als auch die in einigen Fällen zeitlich zusammentreffende Vakzination kamen bei so wenigen Patienten in Betracht, daß man sie nicht als ursächliche Momente, sondern eher als eine zufällige Koinzidenz ansehen konnte. Auffällig war aber, daß in der kalten Jahreszeit häufiger und stärkere Ekzeme erschienen als im Sommer, und daß Knaben zahlreicher wie Mädchen erkrankten. Max Joseph (Berlin).

G. H. Wington, Notes of a case of empyema, with fatal haemorrhage from erosion of subclavian artery by drainage-tube. (The Glasgow medical Journal. Juni 1907.) Wegen des linksseitigen Empyems war eine partielle Resektion der achten Rippe, hinter der Achselhöhle gemacht worden. Nach 6 Tagen wurde die Drainröhre zur Reinigung herausgenommen und dann wieder eingelegt. Am 15. Tag nach der Operation trat eine reichliche Blutung ein. Das Kind, ein 2 Monate altes Mädchen, wird tiefbleich, erholt sich indessen, und 5 Tage lang sistierte die Blutung. Das Fieber steigt, und am 23. Tag nach der Operation führte eine foudroyante Blutung den Tod herbei. Bei der Autopsie fand sich eine 3 mm lange ovale Öffnung der Subklavia, die genau der Spitze der Drainröhre entsprach. 6 Tage

lang lag die Tube, um dann 9 Tage lang täglich eingeführt zu werden. Sie hatte also Zeit, die mit ihr in ständigem Kontakt befindliche Arterie zu arrodieren. H. Netter (Pforzheim).

S. Amberg und **A. P. Morill,** Die Kreatininausscheidung beim Neugeborenen. (Journ. of Biol. Chemistry. 1907. Bd. III. Nr. 4.) Während die Ausscheidung dieses Körpers beim Erwachsenen gut studiert ist — nach Folin sollen die ausgeschiedenen Mengen pro Kilo Körpergewicht 0,020—0,024 g betragen, womit die von Schaffer angegebenen Zahlen so ziemlich übereinstimmen — ist das gleiche beim Kinde bis jetzt nicht der Fall. Rietschel und Weyl wollen im Urin ganz gesunder Kinder kein Kreatinin gefunden haben, während Closson minimale Mengen davon gelegentlich seiner im übrigen wenig zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen haben will. In der vorliegenden Arbeit lenken die beiden amerikanischen Autoren die Aufmerksamkeit auf eine wichtige Fehlerquelle in der Bestimmung des Kreatinins bei Kindern hin. Der Urin derselben ist stark diluiert und enthält im allgemeinen nur wenig Kreatinin. Bei den verschiedenen Manipulationen mit den Urin kommt es daher fast stets zu beträchtlichen Verlusten, die sich durch Einengung und Operieren mit einem Residuum von mindestens 50 ccm Urin vermeiden lassen. Dabei wollen nun die Verff. das Kreatinin auch im Urin von Neugeborenen gefunden haben, derart, daß bei Säuglingen von 7 bis 13 Tagen die Kreatininausscheidung variiert von 0,006—0,009 g pro Kilo Körpergewicht. Diese Zahlen entfernen sich in merklicher Weise von den für die Erwachsenen angegebenen (0,020—0,024). Aber wenn man bedenkt daß im Körper des Neugeborenen das Muskelgewebe nur mit 23 % partizipiert, gegen 43 % beim Erwachsenen, so ergibt sich als Folgerung die Annahme eines bestimmten Parallelismus zwischen Kreatininausscheidung und Muskelquantum.

H. Netter (Pforzheim).

Herbert P. Hawkins, Über idiopathische Dilatation des Kolons. (Brit. med. Journ. 2. März 1907. Bd. I.) Die eigenartige Affektion wird durch eine Reihe von Krankengeschichten illustriert, die durch Abbildungen erläutert sind. Von den Kranken gehören fünf dem Kindesalter an, der jüngste war 3 Wochen alt, die anderen standen im Alter von 10 Monaten bis zu 7 Jahren. Alle waren Knaben, von den 5 Kindern erlagen drei den Folgen ihrer Leiden, bei einem anderen war eine anscheinende Besserung zu bemerken, und bei einem anderen war der Versuch einer operativen Behandlung gemacht worden, indem eine seitliche Anastomose der Pars iliaca coli mit der Pars pelvica angelegt wurde; dadurch sollte das am meisten ausgedehnte dazwischenliegende Stück zur Atrophie gebracht werden. 5 Jahre hindurch befand sich der Knabe danach wohl. Der dilatierte Teil des Kolon war allerdings noch durch die Bauchdecken zu fühlen, doch schien er statt Fäkalien nur Gas zu enthalten. Auch bei vier weiteren, Erwachsene betreffenden Fälle haben die Symptome der Insuffizienz des Dickdarm schon in der Jugend eingesetzt. Bei einem Kranken führte die Operation eine Besserung herbei; die anderen erlagen ihrem Leiden. Verf. ist überzeugt, daß für die Entstehung des

Leidens grob-anatomische Zustände allein nicht verantwortlich gemacht werden können, daß vielmehr eine mangelhafte, in letzter Linie auf irgend einer kongenitalen Ursache beruhende Innervation der Darmmuskulatur, eine Schwäche der Darmwand, mit im Spiele sein muß. Verf. bezeichnet darum auch das Leiden als „neuropathische Dilatation mit Hypertrophie". Daß die Prognose unsicher ist, ergibt sich aus dem Gesagten. Dem durch Toxämie vom Darm her stets gefährdeten Leben macht sein ganz plötzlicher Tod ein Ende. Über die beste Art der chirurgischen Behandlung müssen zukünftige Erfahrungen entscheiden. H. Netter (Pforzheim).

Bellamy, Ein Fall von Bronchialdiphtherie. (Brit. med. Journ. 29. Juni 1907. Bd. I.) Nach einigen Tagen allgemeinen Unwohlseins bekam der 8jährige Knabe Schnupfen mit Husten und Halsschmerzen, besucht aber die Schule weiter. Er verliert allmählich die Stimme, hat von Zeit zu Zeit Nasenbluten und atmet schließlich nur noch durch den Mund. Am 10. Tag wird er untersucht: Temperatur 38,5, sero-sanguinolenter Ausfluß aus beiden Nasenlöchern, Pharynx rot, Mandeln groß. Albuminurie. Am Abend heftiger Hustenanfall, dabei Expulsion von zwei röhrenförmigen Membranen, die Abgüsse von zwei großen Bronchien. Danach Erleichterung der Atmung. Jede Tube hatte mehr als 7 cm Länge und 6 mm Durchmesser; 36 Stunden später wird eine 10 cm lange Röhre ausgehustet. Injektion von 4000 AE. Diphtherieserum, 5 Tage lang täglich. Allmählich Heilung. Nur blieb die Stimme noch ein wenig schwach und außerdem eine Lähmung der Ziliarmuskeln, die mit Eserin behandelt wurde. Die Kulturen ergaben den Löfflerschen Bazillus.

H. Netter (Pforzheim).

M. P. Nobécourt et **Léon Tixier,** Troubles du rythme respiratoire d'origine nerveuse au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. 1907. Nr. 11.) Bekanntlich sind im Laufe eines Abdominaltyphus Erscheinungen von seiten des zerebrospinalen Nervensystems keine Seltenheit. Einige derselben beruhen auf wirklichen Komplikationen, hervorgerufen durch Lokalisation des Eberthschen Bazillus in den betreffenden Zentren, andere wieder scheinen nur toxische Phänomene zu sein. Unter letztere reihen die Verff. eine eigentümliche Respirationsveränderung, ähnlich dem Cheyne-Stokesschen Atmen ein, welche sie in zwei Fällen von Abdominaltyphus, bei zwei Geschwistern im Alter von 6 und 7 Jahren, beobachten konnten. Bei beiden konnte durch Lumbalpunktion eine Meningitis ausgeschlossen werden und scheint es, daß eine besondere nervöse Prädisposition vorlag. Beide Fälle endeten in Heilung. E. Toff (Braila).

L. Latour (Samsoun), La trépanation précoce dans les fractures du crâne. (La presse médicale. 1907. Nr. 65.) Der Verf. hält dafür, daß in allen Fällen von Schädelverletzungen, wenn man das Vorhandensein einer Fraktur feststellt oder annehmen muß, die Trepanation vorzunehmen sei. Unter Beobachtung antiseptischer oder aseptischer Maßregeln ist der Eingriff ungefährlich, hingegen aber oft für den Patienten lebensrettend. In den meisten Fällen bestehen

Splitterungen, welche die Hirnhäute und das Gehirn verletzen und zu Abszeßbildung führen. In anderen Fällen kommen Blutungen vor, welche durch Druck auf das Gehirn das Leben bedrohen. Alle diese Umstände können in genauer Weise durch die Trepanation festgestellt und die nötigen Eingriffe vorgenommen werden. Verf. beschreibt mehrere einschlägige Fälle eigener Erfahrung, die das Erwähnte in prägnanter Weise illustrieren. E. Toff (Braila).

G. Mahé (Paris), L'anesthésie diploique pour l'extraction des dents. (La presse médicale. 1907. Nr. 66.) Der Verf. beschreibt die von Nogué geübte Methode der lokalen Zahnanästhesie, welche bei über 500 Fällen angewendet worden ist und sehr gute Resultate ergeben hat. Bekanntlich hat man bis nun, um Zahnextraktionen oder schmerzhafte Eingriffe vorzunehmen, die Einspritzungen des anästhesierenden Mittels in das Zahnfleisch vorgenommen, wodurch oft, aus verschiedenen Gründen und hauptsächlich aus dem, daß die tiefliegenden, außerordentlich empfindlichen Teile an der Zahnwurzel von der Einspritzung gar nicht getroffen wurden. Nogué macht nun seine Einspritzungen in die Diploe des Kiefers, indem er mit einem feinen Bohrer durch das Zahnfleisch die äußere Knochentafel des Maxillarknochens durchbohrt und in die derart gewonnene Öffnung eine passende Kanüle einführt und durch dieselbe eine $^1/_2$ $^0/_0$ ige Stovain-, oder $^1/_4$ $^0/_0$ ige Kokainlösung in einer Quantität von 1—4 ccm einspritzt. Hauptsache ist eine in die Öffnung genau passende Kanüle und peinlichste Asepsis. E. Toff (Braila).

J. Nicolas et **M. Favre**, Deux cas de psoriasis vaccinal. (Lyon médical. 1907. Nr. 18.) Die Verff. beschreiben zwei Fälle, einen 19 jährigen Burschen und ein 16 jähriges Mädchen betreffend, welche zu gleicher Zeit im Krankenhause geimpft wurden und bei denen kurze Zeit nachher Psoriasis, welche früher nicht bestand, aufgetreten war. Die Eruption begann in der Umgebung der Impfpusteln und breitete sich einige Monate später auf den ganzen Körper aus. Charakteristisch für beide Fälle war sowohl der Beginn, der Verlauf, als auch das Jucken, welches die Hautaffektion begleitete, so daß an eine gemeinsame Ursache und speziell an eine Infektion, von den Impfpusteln ausgehend, gar nicht zu zweifeln ist. E. Toff (Braila).

A. Hardiviller, La symptomatologie des ostéites apophysaires de la croissance. (Thèse de Paris. 1907.) Eine wichtige und wenig gekannte Krankheit ist die Osteitis der Apophysen, welche während des Wachstums und namentlich wenn in den knorpeligen Knochen die ersten Ossipunkte erscheinen, auftritt. Am häufigsten kommt diese Erkrankung in der Tibia vor und bildet die sogenannte Apophysitis der Tibia, welche als das Prototyp der in Rede stehenden Erkrankung angesehen werden kann. Meist tritt dieselbe in der zweiten Kindheit oder auch später im Jünglingsalter auf und tritt mit starken Schmerzen in einem oder in beiden Knien in Erscheinung. In liegender Stellung lassen die Schmerzen nach, was auf eine Entlastung der Quadrizepssehne zurückzuführen ist. Bei der Lokaluntersuchung findet man eine genau umschriebene und sehr heftige

Schmerzhaftigkeit über der Tuberositas anterior tibiae, entsprechend einer Verdickung dieser Gegend. Die Haut darüber ist etwas rot, und es besteht eine leichte Hyperthermie dieser Gegend. Das Allgemeinbefinden ist ein ziemlich gutes; es besteht kein oder nur ein leichtes Fieber. Geht die Entzündung in Eiterung über, so tritt hohes Fieber und Erbrechen auf, die Haut rötet sich stark und der Abszeß öffnet sich, falls man nicht eingreift, von selbst nach außen oder führt durch Fortpflanzung zur Entwicklung einer akuten Osteomyelitis.

Eine andere Form dieser Krankheit ist die Apophysitis des Kalkaneus, welche meist zwischen dem 12. und 13. Lebensjahre auftritt und ebenfalls durch Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit, hauptsächlich an der Insertionsstelle der Achillessehne, ausgezeichnet ist. Das Gehen ist schmerzhaft, und die betreffenden Patienten hinken stark; hingegen verschwinden die Schmerzen während des Liegens fast vollständig. Es sind noch Fälle von Apophysitis der Wirbel mit Lokalisierung in den Dornfortsätzen, von solchen in den Trochanteren und einer im Tuberculum Scaphoidei beobachtet und beschrieben worden.

In differentialdiagnostischer Beziehung ist es wichtig, die Osteitis der Wirbel und des Trochanters nicht mit Pottscher Krankheit bzw. tuberkulöser Koxitis zu verwechseln. Bei Apophysitis ist der Dornfortsatz geschwollen, während er bei tuberkulöser Kyphose nur vorspringend ist, sonst aber seine normalen Dimensionen bewahrt hat. Seitlicher Druck ist bei Pottscher Krankheit schmerzhaft, was bei Entzündung der Apophyse nicht der Fall ist, wo nur der direkte Druck auf die erkrankte Stelle schmerzhaft empfunden wird. Schließlich ist die Wirbelsäule bei Kyphose verkürzt, was bei der Apophysitis nicht der Fall ist.

Bei Osteitis des Trochanters ist Druck oder Schlag auf den Absatz unfühlbar, während derselbe bei Koxitis heftige Schmerzen auslöst. Die Bewegungen des Hüftgelenkes sind bei Koxitis aufgehoben, während dieselben bei Apophysitis frei ausgeführt werden können. Auch die Kontraktur der Extremität ist bei tuberkulöser Koxitis eine viel stärkere.

Bei Neuralgie des Ischiadikus, welche ebenfalls zu Verwechselungen Veranlassung geben kann, sitzt der Schmerz mehr nach rückwärts, pflanzt sich nach unten fort und strahlt auch nach den Seiten aus, entsprechend den Verzweigungen der Nerven.

In therapeutischer Hinsicht ist vor allem Ruhe und horizontale Lage durch 1—3 Wochen, nach Bedarf, anzuempfehlen. Lauwarme Bäder von 15—20 Minuten Dauer wirken antiphlogistisch und sedativ; eventuell kann denselben auch Meersalz hinzugefügt werden. Oberflächliche Stichelungen mit dem Paquelin und Einpinselungen mit Jodtinktur wären lokal anzuwenden. Gleichzeitig trachte man die Kräfte durch eine reichliche Nahrung, Verabreichung von Lebertran und glyzerin-phosphorsaurem Kalk nach Möglichkeit zu heben.

Falls der Prozeß in Eiterung ausgeht, so muß rechtzeitig der Herd eröffnet und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden, worauf man eine Drainierung anlegt.

E. Toff (Braila).

J. Chanal, De la croissance au cours et dans la convalescence des maladies aiguës fébriles de jeune âge. (Thèse de Paris. 1907.) Im Laufe gewisser, akut-fieberhafter Krankheiten kommt es vor, daß man ein ungewöhnlich starkes Wachstum der Knochen beobachtet. Hauptsächlich sind derartige Beobachtungen im Laufe oder während der Rekonvaleszenz des Abdominaltyphus gemacht worden. Die angestellten Untersuchungen haben gezeigt, daß der Eberthsche Bazillus eine besondere Vorliebe für das Knochenmark hat, daß er durch diese Lokalisation, sei es direkt oder durch seine Toxine, eine Reizung und konsekutive Hyperämie der diaphyso-epiphysären Wachstumszone hervorruft, welche sich in einer übermäßigen Längenzunahme des betreffenden Knochens kundgibt.

Symptomatisch tritt der betreffende Prozeß durch starke Schmerzen in der Epiphysengegend mit Ausstrahlungen in die benachbarten Gelenke hervor. Oft bilden sich Streifen, welche ihren Sitz im Unterhautzellgewebe haben und darauf zurückzuführen sind, daß die Haut dem raschen Wachstume der Knochen nicht in gleichem Maße Schritt hält und in übermäßiger Weise Zerrungen ausgesetzt ist.

Die Prognose des Zustandes kann als eine gute bezeichnet werden, doch darf nicht vergessen werden, daß Traumen, allgemeine Schwäche, Überanstrengungen usw. die bis dahin leichte Infektion des Knochens in eine schwere verwandeln und zu schweren osteomyelitischen Veränderungen führen können.

E. Toff (Braila).

Gaudier und **Debeyre,** Ovarialtumor bei einem 4jährigen Kind. (Province medicale. 1907. Nr. 41.) Unter Vorlage des exstirpierten, überorangengroßen Tumors, der sich an der Stelle des linken Ovariums gebildet hatte, machten die Verff. genauere Mitteilung über diesen seltenen Fall in der Société de médecine du Nord. Seit 3—4 Monaten hatte man die Entwicklung dieses sehr beweglichen, regelmäßigen und glatten Tumors bemerkt, der mit den Ligamentum latum durch einen sehr gefäßreichen, langen Stiel verbunden war, der dem Tumor aufsteigende und seitliche Bewegungen gestattete. Seit 3 Monaten war es zu ziemlich abundanten Menorrhagien und Metrorrhagien gekommen. Die Pubes waren bereits ziemlich stark entwickelt, die stark pigmentierten kleinen Labien überragten die großen, die Untersuchung per vaginam war leicht. Die Brüste waren für das Alter beträchtlich entwickelt, hatten einen Durchmesser von 10 cm, eine halbkugelige Gestalt, einen braunpigmentierten Warzenhof mit mehreren sehr deutlichen Montgomeryschen Drüsen um ein starkes periareoläres Hallersches Venennetz. Auf dem Durchschnitt erscheint der Tumor solid, bei näherer Betrachtung überraschte die braune Farbe der ganzen anscheinend drüsigen Masse. An einer Stelle ist das Ovarium mit seinen zahlreichen Primärfollikeln zu erkennen, von denen einige veritable kleine subkortikale Zysten bildeten. Der einem kleinzelligen Sarkom mit breiten Bindegewebssträngen ähnelnde Tumor ist das Resultat der Hypertrophie eines Corpus luteum, das beträchtliche Proportionen angenommen hat.

H. Netter (Pforzheim).

W. Wernstedt (Schwede), Zur Frage, ob Kasein in den Säuglingsfäzes vorkommt. (Hygiea. 1907. Nr. 9.) Während die

gewöhnlichen sogenannten „Kaseinflocken“ in den Säuglingsfäzes größtenteils aus Bakterien, Fett und Seifen bestehen, hat der Verf. von ausschließlich mit Kuhmilch genährten Säuglingen nie bei Brustkindern, ganz selten bei Zwiemilchkindern Klumpen beobachtet, die vollständig mit den Kaseinkoagulis im Mageninhalt übereinstimmen; sie sind nur an der Oberfläche von Bilirubin gelb gefärbt, im Innern fast rein weiß, sind gewöhnlichem Käse oder oft einem kleinen Stück Wachstuch ähnlich. Es ist zweifelhaft, ob diesen nicht sehr seltenen Bildungen pathologische Bedeutung zukommt, sie wurden auch bei gut gedeihenden Säuglingen beobachtet. In sehr vielen, besonders diarrhoischen Stühlen wurden kleinere Partikel gefunden, die mit dem Millonschen Reagens stark gefärbt wurden und wohl auch unverdaute Reste der Milchkoagula sind. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

P. Bull (Norweger), Meningocele vertebrale mit Teratom kombiniert. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1907. Nr. 10.) Genaue Beschreibung und pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles bei einem neugeborenen Mädchen. Das Teratom war das primäre, die Spina bifida, die Meningocele und Hydromyelie das sekundäre. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

V. Uckermann (Norweger), Ein Fall von tödlicher venöser Blutung von dem Ohrengang eines Säuglings. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1907. Nr. 12.) Der seltene Fall wurde von dem Durchbruch eines Halsabszesses zu dem Ohrengang und zu der Vena jugularis int. verursacht. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Orsi, Der Herpes facialis bei der Diphtherie. (Rio di Clin. pediatr. 1907. Heft 6.) Verf. fand den Gesichtsherpes bei Diphtherie in 2,5% bei 2000 Fällen; er tritt meist in den ersten 4 Tagen der Erkrankung auf. M. Kaufmann.

R. Ulecia a Cardona, Der Nährwert der sterilisierten Milch. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 21. Jan. 1908.) Verf. ist in Spanien ein Vorkämpfer für die „gouttes de lait“ und hat in Madrid das erste „Konsultorium für Säuglinge“ organisiert. Auf Grund einer großen praktischen Erfahrung wendet er sich gegen die an sich teilweise autoritativen Stimmen, die auf Grund theoretischer Erwägungen und Laboratoriumsversuche die Milchsterilisation bekämpfen. Er bringt die Krankengeschichten von 6 Kindern, in denen er unter Vorlegung von Photographien und Gewichtskurven den Wert der Beschaffung sterilisierter Milch belegt. M. Kaufmann.

F. Santos, Netzhautblutung bei Keuchhusten. (Cron. Med.-Quirurg. de Habana. 1907. Nr. 11.) Schwerster Fall von Hyphaema und Netzhautblutungen mit Luxation der Linse, entstanden in einem Keuchhustenanfall. M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 9. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte.

Frankfurt a. M., 15. Dezember 1907.

Von

Dr. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.).

(Zumeist Eigenberichte.)

Heinrich Vogt (Frankfurt a. M.): „**Beiträge zur Idiotielehre**". Vortr. demonstriert eine Reihe von Präparaten von zwei Fällen der **juvenilen Form der familiären amaurotischen Idiotie.** Die von Tay und Sachs beschriebene Form dieser Krankheit, die meist vor Ende des dritten Lebensjahres tödlich verläuft, stellt den infantilen Typus dieser Krankheit dar. Vortr. hat Kinder aus drei Familien, im ganzen 7 Fälle, beobachtet und darüber früher in der Monatsschrift für Psychiatrie (1905) Mitteilung gemacht. Diese Fälle setzten im späteren kindlichen Alter (6—8 Jahre) ein und verliefen im 12.—15. tödlich. Der Charakter war ganz den Tay-Sachsschen Fällen entsprechend: Blindheit, Lähmung und Verblödung, ausgesprochene Progression bis zu dem in tiefem Marasmus erfolgenden Tode, Familiarität. Die Krankheit stellte sich den Sachsschen Fällen gegenüber als die weniger stürmisch verlaufende, im ganzen aber wesensgleiche Affektion heraus, und diese Übereinstimmung hat den Vortr. seinerzeit veranlaßt, die genannte Form als den juvenilen Typus der Sachsschen Form dem infantilen Typus gegenüberzustellen. Die anatomische Untersuchung zweier Fälle ergab nun auch im anatomisch-histologischen Bild eine mit der Sachsschen Gruppe vorhandene Übereinstimmung: Ubiquität der Erkrankung im ganzen Zentralnervensystem, ballonförmige Schwellung der Ganglienzellen mit Zerstörung der Nißl-Körper und der Fibrillen in der von Schaffer beschriebenen Form. Auch in den übrigen Momenten (Glia, Verhalten der Gefäße usw.) stimmt der Befund zu jenen Ergebnissen, besonders den von Spielmeyer beschriebenen. Eine Ablagerung besonderer Bestandteile in die Ganglienzellen wie bei Spielmeyer ließ sich nicht nachweisen, dagegen fanden sich Abbaukörper im Sinne von Reich und Alzheimer frei im Gewebe.

Vortr. kommt zu dem Schluß, daß nicht nur im Gegensatz zu Huismans die f. a. Idiotie als eine wohlumschriebene Krankheitsform festzuhalten, sondern daß auch anatomisch wie klinisch eine Abgrenzung der juvenilen von der infantilen Form gegeben sei.

E. Großmann (Frankfurt a. M.) stellt verschiedene Kinder vor, bei denen er **hirnchirurgische** Eingriffe vorgenommen hat, bespricht kurz die Indikationen und die hauptsächlichsten klinischen Erscheinungen. Es werden demonstriert:

1. 7jähriger Junge: **Hydrocephalus chronicus**, hochgradige Stauungspapille — durch einmalige Ventrikelpunktion nach Keen geheilt.

2. 10jähriger Junge: **Zyste im Subarachnoidealraum der linken motorischen Region**, rechtsseitige Krämpfe, Sprach- und Intelligenzstörung — durch Entleerung der Zyste mittels osteoplastischer Schädelresektion geheilt.

3. 9jähriger Junge: **subkortikale Zyste der rechten motorischen Region**, halbseitige Krämpfe, Parese links — Entleerung und Drainage der Zyste, Anfälle fast verschwunden.

4. $3^1/_2$jähriges Mädchen: **subkortikale Zyste der linken motorischen Region**, halbseitige Krämpfe, Parese rechts, Sprachstörung — durch Entleerung und Drainage der Zyste geheilt.

5. 4jähriger Junge: **Epilepsie**, allgemeine schwere Konvulsionen — Trepanation und Dura-Exzision nach Cushing, jetzt noch 3—4 leichte Anfälle pro Tag gegen 40—50 vor der Operation, Psyche erheblich gebessert.

6. 8jähriger Junge: wegen Jacksonscher **Epilepsie** vor 2 Jahren operiert (Exzision des primär krampfenden Zentrums der rechten motorischen Region), seit $1^3/_4$ Jahren vollständig geheilt, Intelligenz normal.

7. 17jähriger Junge: **apfelsinengroße Zyste der linken Kleinhirnhemisphäre**, vor einem Jahre nach osteoplastischer Aufklappung des Hinterhauptes exstirpiert. Absolutes Wohlbefinden.

Auerbach (Frankfurt a. M.) betont zunächst, daß die noch vielfach scharf durchgeführte Trennung der Jacksonschen Epilepsie von der sogenannten genuinen aufgegeben werden muß. Hierfür sprechen außer den schon vor vielen Jahren von Pierre Marie, von Freud u. a. klargestellten Beziehungen der zerebralen Kinderlähmung bzw. der Encephalitis zur Epilepsie, die neueren Arbeiten über das Vorkommen von Halbseitenerscheinungen bei einem großen Prozentsatz der Fälle von sogenannter genuiner Epilepsie. Verf. vermutet, daß die bei alten Epileptikern so häufig gefundene diffuse Gliose der Hirnrinde nur das Endstadium einer ursprünglich lokalen Gliawucherung und diese der Ausgang einer in der Kindheit durchgemachten Encephalitis ist.

Der zweitwichtigste pathogenetische Faktor, namentlich für die kindliche Epilepsie, ist das Kopftrauma, welches wohl intrakortikale Zysten zur Folge haben kann, wie sie bei zwei der operierten Kinder gefunden wurden. Bei der Beurteilung der Operationsresultate soll man nicht immer gleich eine völlige Heilung verlangen, die doch durch die interne Therapie in schweren Fällen nur recht selten erreicht wird, sondern sich auch mit lang andauernden Besserungen und vor allem mit der Verhütung der epileptischen Demenz begnügen.

A. erörtert dann kurz die Indikationen für den operativen Eingriff und dessen Modifikationen, die man nach dem klinischen und dem nach der Trepanation sich darbietenden anatomischen Bilde einzurichten hat. Bezüglich des Effekts der nach F. Krause in einem der vorgestellten Fälle ausgeführten Rindenexzision und der sich hier anknüpfenden hirnphysiologischen Fragen verweist A. auf Großmanns und seine Arbeit in der Münchener med. Wochenschrift, Nr. 10, 1907.

Feer (Heidelberg) beglückwünscht die Herren Großmann und Auerbach zu den schönen Erfolgen bei diesen sonst wenig aussichtsreichen Zuständen. Er glaubt, daß dieselben hauptsächlich dem verständnisvollen Zusammenarbeiten des Neurologen und des geübten Chirurgen zu danken sind. Den ersten vorgestellten Fall mit Hydrocephalus betreffend, fragt er an, warum bei demselben die primäre Ventrikelpunktion unternommen wurde und nicht die einfachere Lumbalpunktion.

Auerbach erwidert, daß die Symptome direkt auf lokale Affektion in der linken Gehirnhemisphäre hinwiesen und zudem der Verdacht eines Tumors bestand, bei dem eine Lumbalpunktion gefährlich erscheint.

Feuchtwanger (Frankfurt a. M.): **Beitrag zur Ätiologie der erworbenen Asphyxie der Neugeborenen.** Ein völlig normales, normalgewichtiges Kind bekommt plötzlich am dritten Tage nach der Geburt Zyanose der Lippen, kühle Extremitäten, klonische Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und der Extremitäten, Temperaturabsturz (35° in ano), trinkt nicht mehr, schreit nicht mehr, keine Lungenatelektase. Nach einigen Stunden steigt die Temperatur auf 39, um nach einigen Tagen zur Norm zurückzukehren. Es wird zuerst an Wärmestauung durch die Therapie (Watteeinwicklung und heiße Krüge) gedacht. Der weitere Verlauf weist aber darauf hin, daß es sich um eine entzündliche Gehirnaffektion, höchstwahrscheinlich Polioencephalitis, gehandelt. Das jetzt 16monatige Kind bietet den Symptomenkomplex der Imbezillität (Mikrocephalie, Mangel der Apperzeptionsfähigkeit und der Sprachlaute, kann den Kopf nicht halten, nicht sitzen, greift nicht, folgt einem glänzenden Gegenstande nicht mit dem Auge usw.), ein Umstand, der auf eine überstandene Gehirnaffektion hindeutet. Es handelt sich also um eine erworbene Asphyxie infolge einer Polioencephalitis.

v. Mettenheimer: Vorstellung von 4 Fällen von **Lues hereditaria** mit seltener Lokalisation:

1. 5jähriges Mädchen mit doppelseitigen **Hydrops genu** und **Periostitis tibiae.**

2. 12jähriger Knabe mit **Gumma** an der Grenze des harten und weichen Gaumens rechts.

3. 4jähriges Mädchen mit **linksseitiger Pupillenstarre.** Migräneartige Anfälle von Stirnkopfschmerz links und rechts, beginnende **Sehnervenatrophie.**

4. 14jähriger Knabe mit **spastischer Lähmung der Beine.**

Bei allen Besserung nach Hg-Kur + Jodkali.

Eugen Schlesinger (Straßburg): **Das Körpergewicht hautkranker, besonders ekzematöser Säuglinge.** Das Durchschnittsgewicht der Säuglinge mit universellem und noch mehr derjenigen mit lokalisiertem Ekzem ist, namentlich im ersten Lebensquartal, ein gutes; es ist höher als bei allen anderen Säuglingskrankheiten. Während der Entwicklung des Ekzems beobachtet man oft eine übermäßige, zum mindesten eine das frühere Maß übersteigende Gewichtszunahme, die bei mäßig genährten Säuglingen und sehr akuter Entwicklung des Ekzems nur vorübergehend von einem Stillstand oder einer geringfügigen Abnahme unterbrochen ist. Bei fortbestehender, sehr lebhafter Gewichtszunahme erfolgt fast immer hartnäckiges Fortbestehen des Ekzems, während eine anhaltende Besserung in der Regel erst dann statthat, nachdem und wenn die gesteigerte Zunahme wieder in eine mäßige Gewichtsvermehrung übergegangen ist. Hieraus ergeben sich für die Prophylaxe und Therapie des Ekzems wichtige Maßnahmen, qualitative und quantitative Nahrungsbeschränkung. — Ekzeme auf skrofulöser Basis und solche nach Prurigo treten häufiger bei schwach genährten Säuglingen auf und sind fast immer von einem Gewichtsverlust begleitet, während die lichenartigen Erkrankungen, die exsudative Diathese, die Dermatitis exfoliativa, auch der Pemphigus in den ersten Monaten sich ziemlich dem oben geschilderten Verhalten anschließen. Dagegen verläuft prinzipiell verschieden hiervon die Gewichtskurve bei der Akne, der Furunkulosis, den multiplen Hautabszessen; die hiervon befallenen Säuglinge sind meist unterernährt, und das Gewichtsdefizit wird weiterhin um so größer, je schwerer und langwieriger die Erkrankung verläuft und je größer das Gewichtsmanko war.

H. Rehn (Frankfurt a. M.): **Frühstadium von Barlowscher Krankheit mit Demonstration von Röntgen-Bildern.**

Der Vortrag ist in der Medizin. Klinik, 1906 und 1907, erschienen.

Diskussion. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.) weist auf die Schwierigkeit der Diagnose von Barlowscher Krankheit dann hin, wenn es sich um Blutungen in die Augenhöhle handelt mit Protrusion des Bulbus ohne äußerlich sichtbare Blutung. Er zeigt die Abbildung eines Falles mit starker Blutung in beide Augenlider usw. und erwähnt den Fall eines 9monatigen, ausschließlich an der Brust genährten Kindes, das eine fieberhafte Anschwellung des linken Oberschenkels darbot. Röntgenbild legte Barlow nahe. Heilung nach entsprechender Diät.

Hoffmann (Heidelberg) demonstriert die typischen Röntgenogramme zweier Fälle von Barlowscher Krankheit, die außer einer allgemeinen Unbeweglichkeit nur noch Hämaturie als Krankheitserscheinung darboten, sich insofern also an die vorher demonstrierten Fälle anschließen. (Forts. folgt.)

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 5. März 1908.

v. Schrötter demonstriert einen mittels Bronchoskopie aus dem r. Bronchus entfernten Fremdkörper (Hutnadel mit einem Kopf von 9 mm Durchmesser). Die Nadel erreichte mit ihrer Spitze die Teilungsstelle der Trachea und lag mit dem Kopfe voraus im r. Bronchus. Die Lage der Nadel wurde durch Röntgenisierung festgestellt, die Nadel unter Kokainanästhesie mittels Bronchoskop eingestellt und extrahiert. Heilung.

Preleitner stellt 2 Kinder (5 J. alt) mit **multiplen Enchondomen** vor. Diese aus hyalinem Knorpel bestehenden Tumoren finden sich in dem einen Falle fast im ganzen Skelett verteilt, im zweiten nur an der linken Hand. Trotz der Gutartigkeit der Tumoren kann durch die Ausdehnung des Prozesses die Prognose der Erkrankung ungünstig werden, so namentlich im ersten Falle, wo durch das

Ergriffensein fast des ganzen Skelettes ein chirurgisches Eingreifen ausgeschlossen ist. Therapeutisch will Vortr. in diesem Falle Röntgentherapie versuchen.

Lehndorff demonstriert einen 5jährigen Knaben mit **Turmschädel und Sehnervenerkrankung.** Ophthalmologisch findet sich Atrophia nervi optici nach Neuritis optica, Nystagmus und Exophthalmus. Therapeutisch kommt Trepanation des Schädels in Betracht, das Sehvermögen kann dadurch gebessert werden. Die Ätiologie der Erkrankung ist unbekannt. Die Röntgenuntersuchung, die Schüller vorgenommen, ergab Druckusuren an der Innenfläche des Schädels. Der Schädel ist also für das Gehirn zu klein.

Knöpfelmacher und Lehndorff berichten über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen betreffs des **Komplementbindungsvermögens des Serums von Müttern hereditär luetischer Säuglinge.** Bisher erstrecken sich die Untersuchungen auf 20 Mütter hereditär luetischer Kinder, 14 derselben hatten angeblich niemals Lues überstanden, und waren daher nicht behandelt worden. Die Resultate der Versuche lauten, daß die Wassermannsche Reaktion ungefähr in derselben Häufigkeit positiv ausfiel, wie bei Untersuchung Luetischer. (In den 14 Fällen ohne Lues in der Anamnese 11mal komplette oder fast vollständige Hemmung.) Von den 6 Müttern, die Lues anamnestisch durchgemacht haben, zeigten 5 Fälle partielle, ein Fall komplette Hemmung. Der Schluß, daß auch die anscheinend gesunden Mütter luetisch erkrankt waren, läßt sich noch nicht ziehen, da die endgültige Entscheidung über die diagnostische Verwertbarkeit der Wassermannschen Reaktion noch nicht getroffen ist.

Schick berichtet über **Kutanreaktion bei Impfung mit Diphtherietoxin.** Vortr. benutzte zur Prüfung der Reaktion ein bei 30° C. im Vakuum auf den zehnten Teil eingeengtes Diphtherietoxin. Es entsteht ähnlich wie bei Tuberkulinimpfung nach Pirquet nach 6—8 Stunden eine Papel, die an Größe zunehmend sich nach ca. 24 Stunden mit einem Hof umgibt. Maximum der Reaktion am 3.—4. Tage. Dann allmähliche Rückbildung unter Pigmentierung und Schuppung. Die Reaktion ist spezifisch, denn sie bleibt aus, wenn man das Toxin in vitro mit Antitoxin versetzt, sie bleibt ferner aus, wenn man durch Injektion von 1500—3000 AE den Menschen passiv immunisiert. Der positive Ausfall ist nicht dahin zu verwerten, daß das Individuum Diphtherie überstanden hat — also nicht im Sinne einer Allergie, wie bei Tuberkulinimpfung. Bei stärkerer Konzentration ergibt sich fast bei allen Geprüften positive Reaktion, die Intensität der Reaktion ist im ersten Lebensjahre, sowie nach dem 10. Lebensjahre geringer als im 3.—7. Lebensjahre. Das Diphtherietoxin hat also eine primär toxische Wirkung auf die menschliche Haut. Die verschiedene Intensität der Reaktion bringt Vortr. nach Wassermann mit der antitoxischen Fähigkeit des Blutserums in Zusammenhang; sie wäre ein Maßstab für die Disposition des Menschen zur Erkrankung an Diphtherie. An Diphtherie erkrankte Kinder (ohne Serum behandelt) reagieren fast alle und mit beträchtlicher Intensität. Im Verlaufe der Rekonvaleszenz nimmt die Intensität der Reaktion ab. Vortr. hält die Reaktion für bedeutungsvoll für das Studium der Immunitätsvorgänge bei der Diphtherieerkrankung des Menschen und für die Auswertung und Mengenbestimmung der zur Injektion gelangenden Dosis von Heilserum. B. Schick (Wien).

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 26. Oktober 1906.

Nadoleczny (a. G.) stellt vor der Tagesordnung einen Fall von Gumma des linken Aryknorpels bei einem 11jährigen Mädchen vor. Eine kürzlich überstandene Keratitis parenchymatosa führte zur Diagnose: Lues.

Uffenheimer berichtet ausführlich über den Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge in Berlin (1. bis 4. Oktober 1906).

Oppenheimer: **„Können wir bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge auf Mehl und Schleim verzichten?“** An der Hand eines kurzen literarischen Überblickes beleuchtet O. die prinzipiellen Meinungsverschiedenheiten der Autoren und wendet sich besonders im Hinblick auf Münchener Unsitten mit Nachdruck gegen die

Verabreichung von Schleim und Mehl in den ersten 4 Lebensmonaten, wie sie in neuerer Zeit besonders von Finkelstein empfohlen wurde. Gewichtstabellen von Säuglingen unter 4 Monaten demonstrieren das Zurückbleiben der Schleim- und Mehlkinder im Gewichte und im Ernährungszustand gegenüber den nur mit Milch genährten. Von 34 im letzten Winter verstorbenen Kindern unter 4 Monaten waren 76 % mit Mehl oder Schleim genährt, ehe sie in seine Behandlung kamen. Völlige Abstinenz empfiehlt O., da ein Maßhalten bei der proletarischen Mutter nicht zu erwarten sei. Seine These lautet: „Die Verwendung einer sehr verdünnten Schleimmischung als Zusatzflüssigkeit zur Milch dürfte auch in den ersten Lebenswochen dem Säugling keinen Schaden bringen. In Anbetracht des Umstandes, daß die proletarischen Mütter, wenigstens in München, in dieser Beziehung leicht Mißbrauch treiben, empfiehlt es sich jedoch, von der Darreichung von Mehl oder Schleim an gesunde Kinder ganz abzusehen, wenigstens während der ersten 4 Lebensmonate.

Im weiteren gibt O. einen Überblick über die an 212 kranken Säuglingen in seinem Ambulatorium erzielten Erfolge: Mortalität 16,5 %. Bei 50 über einen Monat beobachteten Kindern betrug die Tageszunahme im ersten Monat durchschnittlich 28 g, im zweiten 23 g, im dritten 19 g. Die Ernährung bestand bei 45 Kindern ausschließlich aus verdünnter oder unverdünnter Milch, nur 5 erhielten entfettete Milch mit Mehl.

Vortr. hält eine Einigung unter den Ärzten über die Prinzipien der künstlichen Ernährung gesunder Kinder für dringend wünschenswert, empfiehlt die Sammlung großen Vergleichsmaterials und möglichst lange fortgeführte Beobachtung genesener Kinder (Ambulatorien, Krippen).

Diskussion: Seitz bestätigt auf Grund seines Materials die Verbreitung des Mehlnährschadens in München.

Ibrahim hat in Heidelberg nicht diese Verbreitung des Mehlnährschadens gesehen; er will Mehl in den ersten 3 Monaten vermieden wissen. Oppenheimers Erfolge mit Kuhmilch scheinen nur in der Wirkung des Gegensatzes gegenüber der vorausgegangenen schädlichen Mehlnahrung zu liegen.

Pfaundler fürchtet, daß ein Teil der Erfolge mit Vollmilch in der vorausgegangenen Verdünnung der Milch seitens der Händler zu suchen sei; er vermißt Angaben über die Geburtsgewichte, die doch für die weitere Gewichtskurve ausschlaggebend seien. Vor die Entscheidung gestellt: nur mit Schleim oder nur ohne Schleim, wäre er konform mit dem Vortr. für das letztere. Der Kinderarzt werde aber gar nicht vor dieses Dilemma gestellt, da Mehl- und Schleimdarreichung stets nur für gewisse Nährschäden und Entwicklungsstufen reserviert bleibe. Sein Standpunkt präzisiere sich dahin: Die Darreichung von Vollmilch in den ersten Lebensmonaten in einer Menge, wie sie dem Säugling an Muttermilch zukomme, führe meist zu Schädigungen. Man muß daher entweder das Volumen vermindern oder die Milch verdünnen. Die durch die Verdünnung verloren gegangenen Brennstoffe müssen ersetzt werden. Nehme man Zucker, so sei die benötigte Menge ($^1/_{100}$ des Körpergewichts) unzweckmäßig und schädlich. Hier empfehlen sich Schleime und Mehle, die auch besonders jenseits des zweiten Monats gut ausgenutzt würden. Die im Titel des Vortrags enthaltene Frage müsse er unbedingt verneinen. Ganz unentbehrlich seien die Mehle und Schleime bei dem sogenannten „Milchnährschaden“ von Czerny und Keller, wo sie geradezu ein Heilmittel bilden, wenn auch ihre Wirkung noch unaufgeklärt sei; sicher sei nur eine Stickstoffretention.

Rommel vermißt die strenge Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Kindern. Seine Erfolge bei der Darreichung von Mehl (10—15 g) an junge Säuglinge waren gute Schlägt Dauerbeobachtungen, besonders in der Privatpraxis, nach einem bestimmten Schema vor.

Moro (a. G.) hat in Graz nie einen Schleimnährschaden bei gesunden Säuglingen beobachtet. Er frägt, warum O. prinzipiell Kalomel vor Einleitung einer neuen Diät gebe.

Oppenheimer gibt Kalomel, „ut aliquid fiat“.

Hecker betont, daß saccharifizierendes Ferment schon in den ersten Lebenswochen vorhanden sei und daß sich daraus schon eine Ablehnung des extremen Oppenheimerschen Standpunktes ergebe. Er kritisiert die Methodik O.s, be-

sonders die Beurteilung des Ernährungszustandes durch den Untersucher selbst und perhorresziert durchaus die Verordnung von Kalomel „ut aliquid fiat“; ebenso die prinzipielle Verordnung von Kalbsbrühe als Schonungsdiät.

Adam sieht jedes Flaschenkind an als vielleicht dicht vor dem Ausbruch einer Darmerkrankung stehend.

Trumpp hat seine früher niedergelegten Anschauungen über Säuglingsernährung inzwischen geändert, doch glaubt er, daß unverdünnte Kuhmilch zur Eiweißmast führe und daß das Eiweiß spezifisch dynamisch und sekundär den Organismus des Säuglings überlaste. Die Kohlehydrate sind für den intermediären Stoffwechsel wichtig, aber auch mechanisch nützlich in der Nahrung.

Oppenheimer (Schlußwort) legt noch einmal seinen Standpunkt dar und will die im Vortragstitel gestellte Frage ausdrücklich mit „Ja“ beantwortet haben.

Hecker (München).

IV. Neue Bücher.

P. Mathes, **Hebammenlehrbuch.** Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin. Preis: gebd. 6 Mk.

M. hat es ausgezeichnet verstanden, das, was in einem solchen Buche zu sagen ist, präzis und klar zum Ausdruck zu bringen. Die Einteilung des Stoffes ist so übersichtlich und zweckmäßig, die Darstellung auch der schwierigeren Themata durchweg eine so verständliche, daß man mit vollster Überzeugung das Buch empfehlen kann und zu der Hoffnung berechtigt ist, daß dasselbe reichen Nutzen bringen wird. Auch die Ausstattung des Werkes ist recht schön; 49 wohlgelungene Abbildungen im Text und ein genaues Sachregister erhöhen seine Brauchbarkeit. Grätzer.

E. Terrien, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hopital des Enfants Malades, **Précis d'Alimentation des jeunes Enfants (État normal — États pathologiques.** Zweite durchgesehene und vermehrte Auflage, mit einem Vorwort von Prof. Grancher. 358 Seiten mit Kurven. G. Steinheil, Paris. Preis: 4 Fr.

Das hier angezeigte Werk erschien zum ersten Male vor drei Jahren und zerfiel in zwei Teile: der eine betraf das normale Kind, der andere die verschiedenen Krankheitszustände. Der erste Teil galt den verschiedenen Ernährungsformen bis zum zweiten Lebensjahr und der Entwöhnung. Einige sehr einfache und einzuprägende Formeln sollten den Arzt die schnelle Ermittelung von Körpergewicht und Nahrungsmenge nach Alter und Gewicht des Kindes erleichtern. Im zweiten Teil wurden nacheinander die Dyspepsie, die Gastroenteritis, die primäre gastrische Intoleranz, die Zustände der verzögerten Entwicklung, die angeborene Lebensschwäche, die Athrepsie, Atrophie und Hypotrophie, endlich die hereditäre Syphilis, ihre Diagnose bei Kind und Amme, die verschiedenen Verhaltungsmaßregeln dabei ausführlich dargestellt. Einige damals noch neue Regimes wurden hierbei ausführlich erörtert, die Gemüsesuppe, die Buttermilch, es wurde auch auf die Notwendigkeit eines präparatorischen Regimes vor der Wiederaufnahme der Milch gegebenenfalls hingewiesen.

In der zweiten Auflage sind nun die bei jedem einzelnen Abschnitt vorgenommenen Änderungen naturgemäß von ungleichem Umfang; relativ unbedeutend für den ersten Teil, sind sie für den zweiten Teil um so größer ausgefallen. Die neuen Errungenschaften bezüglich der Anwendung gewisser Diastasen, der Milchfermente, des Pegnins, des Labferments bilden den Gegenstand besonderen Studiums; weiterhin ist das Kapitel der infantilen Dyspepsien völlig umgearbeitet worden, die Indikationen und Formen der Kohlehydratkost. Schließlich setzt Verf. unter der Bezeichnung „régime micte-hydrocarboné“ in detaillierter Weite die therapeutische Verwendung der Malzsuppe, je nach Alter und Entwicklung des Kindes, sei es allein, sei es in Verbindung mit Dickmilch auseinander. Alle diese Fragen sind klar und präzis behandelt, ihr Studium dadurch sehr erleichtert. Ein ausführliches alphabetisches Register erhöht den Wert des

Buches und die Handlichkeit bei der Benutzung. Die empfehlenden Worte, die Grancher noch der ersten Ausgabe mit auf den Weg geben konnte, dürfen für die zweite mit gleichem Rechte gelten. Netter (Pforzheim).

P. Le Gendre und Auguste Broca, **Traité pratique de thèrapeutique infantile médico-chur
urgicale.** Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Von der Académie des sciences und der Académie de médecine ausgezeichnetes Werk. Oktavband von 750 Seiten mit Rezeptanhang und einem nosologischen Tableau und 170 Figuren im Text. G. Steinheil, Paris. Preis: 15 Fr.

Ein Buch von bemerkenswerter Klarheit der Disposition und praktischem Sinn, von genauer Sorgfalt in den Details; seine Verff., von dem beständigen Streben getragen, ein Lieblingsbuch für den Arzt zu schreiben, dem es in den täglichen Schwierigkeiten bei der Ausübung seiner Kunst ein zuverlässiger Führer sein will. An die Adresse des Praktikers ist es dann auch vornehmlich gerichtet. Der Erfolg der ersten Auflage hat die Verff. ermutigt, ihr Werk noch mehr zu vervollkommnen und ihm die neuesten Fortschritte in der pädiatrischen Therapie zuteil werden zu lassen. Die verschiedene Anwendung der Serumtherapie, der Organotherapie, der Radiotherapie, der Elektrotherapie (Franklinisation, d'Arsonvalisation), der Ionisation geben dem modernen Pädiater wertvolle Waffen in die Hand. Die besonders in den letzten Jahren, von den Forschern aller Länder, über die zweckmäßigste Ernährungsweise des gesunden und kranken Säuglings angestellten Untersuchungen haben die Verff. mit dem kritischen Sinn, der eigene große Erfahrung verleiht, in den Kapiteln behandelt, die den Krankheiten der Verdauungsorgane gewidmet sind.

Der chirurgische Teil des Werkes, aus der Feder von Auguste Broca, ist reich illustriert, die in den Text eingestellten Bilder erleichtern das Studium der neuen Techniken der Chirurgie des Kindesalters. — Nicht vergessen sei ein Hinweis auf die Einleitung des Werkes, die sich in fünf Abschnitten mit den besonderen Aufgaben der Therapie des Kindesalters u. a. auch mit den für den Kinderarzt erforderlichen Qualitäten beschäftigt. Die Ausstattung des Werkes ist sehr gediegen, der Preis für das Gebotene nicht zu hoch.

Alles in allem: ein gutes, nützliches, angenehmes Buch.

Netter (Pforzheim).

Ferner sind in der Redaktion eingetroffen (Besprechung vorbehalten):

L. Langstein, Die Albuminurien älterer Kinder (G. Thieme, Leipzig). — E. Schlesinger, Schwachbegabte Schulkinder (F. Enke, Stuttgart). — A. Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Heft 27 (Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin). — A. Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen. Heft 7 (O. Coblentz, Berlin). — M. Lichnewska, Die geschlechtliche Belehrung der Kinder. 4. Auflage (I. D. Sauerländer, Frankfurt a. M.). — 44. Jahresbericht aus dem Kinderspital in Basel. — K. v. Orzechowski, Zur Frage der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Chorea minor (F. Deuticke, Wien-Leipzig). — E. Moro, Über das Verhalten hämolytischer Serumstoffe (I. F. Bergmann, Wiesbaden.) — Jankau, Taschenbuch für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten (M. Gelsdorf, Leipzig). — Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten (Fischers med. Buchhandlung, Berlin). — H. Brüning, Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung (F. Enke, Stuttgart). — G. Tugendreich, Vorträge für Mütter über Pflege und Ernährung des gesunden Säuglings (F. Enke, Stuttgart).

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Aigner, A., Ein Fall von Struma congenita (München). — **Avsarkisoff, A.,** Pathologisch-anatomische Studien zur Genese der Coryza syphilitica (Berlin). — **Blattner, E.,** Über ein neues Hautphänomen bei Säuglingen (München). — **Bystrow, P.,** Über die angeborene Trichterbrust (Königsberg). — **Faber, F.,** Über eine durch amniotische Verwachsung entstandene Enzepholozele (München). — **Fawre, H.,** Ein Beitrag zur Kenntnis und forensischen Würdigung der Geburtsverletzungen des kindlichen

Kopfes (Königsberg). — **Flebbe, J.**, Über angeborene Obliteration der großen Gallenwege (München). — **Frank, A.**, Ein Fall von angeborenen Fibromen am Finger, nebst Beiträgen zur Kasuistik der Fingertumoren (München). — **Gowrensky, R.**, Ein Fall von spasmophiler Diathese mit Heilung durch Frauenmilch (Freiburg). — **Konitzer, A.**, Über Keratoma plantare hereditarium (Leipzig). — **Lissiansky, E.**, Über 15 Fälle von zerebraler Kinderlähmung (Freiburg). — **Nagel, W.**, Ein Beitrag zur Kasuistik über angeborene Herzfehler (Freiburg). — **Rapmund, E.**, Die Meningitis cerebrospinalis epidemica im Großherzogtum Hessen, mit besonderer Berücksichtigung des Jahres 1905 (Gießen). — **Rinne, E.**, Ein Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins (Göttingen). — **Schabad, C.**, Ein Beitrag zur Kenntnis der mongoloiden Idiotie (Freiburg). — **Schäfer, W.**, Beitrag zur Lehre der multiplen kongenitalen Kontrakturen (Leipzig). — **Sawalischin, K.**, Über angeborene Stenose des Aorten- und Mitralostiums infolge fötaler Endokarditis (Bonn). — **v. Slatow**, Diffuses Gliom der Medulla oblongata im Kindesalter (Berlin). — **Walter, R.**, Krupp nach Masern (Rostock). — **Wolf, M.**, Orthostatische Symptome bei Purpura mit Tuberkulose hereditär belasteter Kinder (Leipzig).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Durch Ministerialerlaß vom 9. März wird das **Ölen der Fußböden für Schulräume**, ausgenommen Turnhallen, empfohlen. Es muß mindestens drei Tage vor Beginn des Unterrichts mit frischem, farblosem Öl vorgenommen und zwei- bis viermal jährlich wiederholt werden. Geölte Fußböden brauchen nicht feucht aufgewischt zu werden.

München. Der Prinzregent hat zur Förderung der **Säuglingsfürsorge** 10000 Mk. gestiftet, womit bestehende Fürsorgeanstalten unterstützt bzw. neue geschaffen werden sollen.

Rixdorf. Der Magistrat hat zur **Erweiterung der Säuglingsfürsorge** 7000 Mk. bewilligt; es sollen die Ärzte und das Pflegepersonal vermehrt und die Stillprämien, Barunterstützungen und Lebensmittellieferungen erweitert, ferner die Abgabe guter Kuhmilch eingeführt werden.

Lübeck. Am 1. Mai wird die neugegründete **Waldschule** in Wesloe eröffnet.

Magdeburg. Die städtische **Säuglingsfürsorge** hat am 1. April ihre Tätigkeit begonnen. Es sind fünf Beratungsstellen eingerichtet, ferner werden Stillprämien, Lieferung von Kuhmilch zu ermäßigtem Preis und freie ärztliche Behandlung der von den Fürsorgestellen kontrollierten Kinder gewährt.

Regensburg. Der Magistrat hat **zwei Schulärzte** angestellt.

Stuttgart. Die bürgerlichen Kollegien haben die Anstellung eines **Schulzahnarztes** beschlossen. Ferner wurden für Verschickung von **Schulkindern in Solbäder und Ferienkolonien** 30000 Mk. bewilligt.

St. Petersburg. Der Kurator des Sserebrjany-Kinderasyls in Petersburg, wirkl. Staatsrat Dr. Taube, ist zum Direktor des St. Andreas-Kinderasyls in Petersburg ernannt worden. — Der Direktor des Kinderasyls zum Andenken an den Thronfolger Nikolai Alexandrowitsch in Petersburg, Staatsrat Dr. Huhn, ist zum Kurator des Sserebrjany-Kinderasyls ernannt worden.

Wien. Prof. Dr. Monti hat den Titel eines Hofrats erhalten. — Priv.-Doz. Dr. Fr. Hamburger wurde als Nachfolger Prof. Frühwalds zum Vorstand der 2. Abteilung für Kinderkrankheiten an der Allgemeinen Poliklinik gewählt.

Budapest. Doz. Dr. Hajniss zum Primärarzt an der Abteilung für Kinderkrankheiten im St. Stephansspital ernannt.

Gestorben: Dr. L. Luedeking, Prof. der Pädiatrie am Washington University Medical Departement in St. Louis.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Juli 1908. Nr. 7.

I. Originalbeiträge.

Zur Kasuistik des Icterus catarrhalis im Säuglingsalter.

Von

Dr. Georg Neumann,

Kinderarzt in Landsberg a. W.

Einen Fall von Icterus catarrhalis bei einem Säugling — eine verhältnismäßig seltene Erkrankung in diesem Alter — hatte ich kürzlich zu beobachten.

Es handelt sich um das sechste Kind gesunder Eltern. Einmal hat die Mutter — im zweiten Schwangerschaftsmonat — abortiert.

Dora B., geboren den 17. Juli 1907, soll ein „Siebenmonatskind" sein und bei der Geburt 2 Pfund (?) gewogen haben; es soll stets gesund gewesen und an der Brust vorzüglich gediehen sein; die Mutter gibt an, das Kind meist 3 stündlich angelegt zu haben, nach Aussage des Vaters ist es aber öfter geschehen sein. Weil die Ernährung an der Brust angeblich nicht ausreichte, hat das Kind noch 2 mal täglich Flasche dazu erhalten; es soll jedesmal ca. 6 Strich, halb Milch, halb Haferschleim, getrunken haben. Am 7. Februar 1908 soll es unter Erbrechen und Krampfanfällen — letztere sollen ca. 5 Minuten gedauert haben — erkrankt sein.

Im Laufe der nächsten Tage stellte sich, nach Angabe der Mutter, häufigeres Erbrechen ein, das Kind wurde sehr unruhig, weinte viel und hatte, besonders nachts, Hitze. Es bekam nunmehr abwechselnd bald Brust, bald Tee, worauf das Brechen nachließ.

Am 9. II. fiel der Mutter auf, daß der Stuhl, der bisher nur 1 mal täglich erfolgte und fest und gelb war, eine fast „weiße" Farbe hatte; an demselben Tage wurde das Kind am ganzen Körper gelb, so daß ich am nächsten Tag gerufen wurde.

10. II. Dora B. ist ein kleines, dem Alter nicht entsprechend entwickeltes Kind; es liegt völlig teilnahmlos da und reagiert auf äußere Reize fast gar nicht. Der Gesichtsausdruck ist maskenartig; die Augen sind weit geöffnet und starren ausdruckslos in die Ferne. Die Pupillen reagieren; der Mund ist halb geöffnet. Die Haut und sichtbaren Schleimhäute sind quittengelb, desgleichen die Skleren. Muskulatur und Fettpolster sind ziemlich gut entwickelt; die Bauchdecken sind straff; der Hautturgor ist gut, an den unteren Extremitäten geringe Spasmen; die Reflexe sind ohne Besonderheiten. Die vordere Fontanelle ist $2^1/_2 : 2^1/_2$ cm und im Schädelniveau. Der Leib ist weich und anscheinend nirgends druckempfindlich; die Milz ist nicht palpabel; die Leber überschreitet den Rippenbogen in der Mammillarlinie einen Querfinger breit und ist von fester Konsistenz. — Drüsenschwellungen sind nirgends nachzuweisen. Die Temperatur beträgt (nachm. 3 Uhr) 37,1°; der Puls zählt 132 Schläge in der Minute (vor der Untersuchung); die Fäzes sahen graugelb aus. Therapie: 4 stündl. 1 Fl. Tee.[1])

[1]) Damit bei der Mutter die Nahrung inzwischen nicht versiegte, ließ ich sie das bisher künstlich genährte, 8 Wochen alte Kind der Flurnachbarin, das ich

11. II. Das Kind soll nachts noch Hitze gehabt haben; es soll wenig Tee trinken und denselben manchmal ausbrechen. In den letzten 24 Stunden ist kein Stuhl erfolgt.

Das Kind liegt immer noch teilnahmlos da und reagiert auf äußere Einwirkung auch heute nur wenig. Die Hautfarbe ist unverändert; der Leberbefund der gleiche wie gestern; die Windeln sind bräunlich verfärbt; Urin kann die Mutter nicht abfangen. Temperatur 36°; Puls 136; Atmung: o. B. Therapie: 4 stündl. (5 mal pro die) Buttermilch nach Belieben.

15. II. Das Kind bricht nicht mehr, es soll jedesmal 6—8 Strich Buttermilch trinken und soll einmal täglich gelben festen Stuhl entleert haben. Das Aussehen des Kindes hat sich bedeutend gebessert; es ist viel munterer und reagiert auf alle äußeren Eindrücke. Die Hautfarbe ist bedeutend heller; die Skleren sind nur noch schwach gelblich verfärbt; auch die Schleimhäute haben wieder ihre normale Farbe. Der Leib ist etwas aufgetrieben und fest; die Bauchdecken sind straff; der Hautturgor ist etwas schlaffer als bisher. Die Leber überragt den Rippenbogen in der Mammillarlinie noch ca. $^1/_2$ Querfinger breit, ist aber nicht mehr so fest wie bisher. Auf den Lungen vereinzelte, bronchitische Geräusche. Temperatur 36,4°; Puls 116.

16. II. Puls 120; Temperatur 36,2°. Seit gestern spielt das Kind wieder und ist außerordentlich munter. Die gelbe Farbe ist fast ganz geschwunden; die Mund- und Rachenschleimhaut zeigt bis auf einen geringen Bezirk in der Umgebung des Zäpfchens wieder normale Beschaffenheit. Therapie: Allmähliche Rückkehr zur Brustnahrung.

23. II. Das Kind soll nachts wieder etwas unruhig gewesen sein; bei der Visite — am Nachmittag — hat es 36,1° Temperatur, ist sehr munter, lacht und spielt. Die Haut ist blaß; die Schleimhäute haben ihre rötliche Färbung wieder erlangt. Der Turgor ist gut; der Leib ist etwas gespannt; die Leber ist gerade noch am Rippenbogen palpabel. Therapie: fortgesetzt.

9. III. Das Kind, das heute in der Sprechstunde vorgestellt wird, erhält seit 6 Tagen nur Brust (4 stündl.); es ist sehr munter, hat normale Farbe der Haut und Schleimhäute; die Leber ist nicht mehr vergrößert. Das Gewicht des Kindes beträgt 4630 g.

Es handelt sich im vorliegenden Fall um den Icterus catarrhalis bei einer ehemaligen Frühgeburt, die sich, wenn die Angabe der Mutter stimmt, verhältnismäßig gut entwickelt hat. Einen Ikterus auf luetischer Basis anzunehmen, liegt weder anamnestisch ein sicherer Grund vor, noch ist lokal ein Symptom dafür vorhanden. Auch für die Annahme einer Neubildung in der Leber bzw. den Gallenwegen liegt keine Veranlassung vor; der schnelle Verlauf der Heilung würde außerdem gegen beide Vermutungen sprechen.

Die Ursache des Icterus catarrhalis ist hingegen nicht zu ermitteln; als begünstigende ätiologische Momente kämen vielleicht eine gewisse Überfütterung (zu häufiges Anlegen) sowie der Umstand in Betracht, daß es sich um eine ehemalige Frühgeburt, um ein schwächliches Kind handelt, das weit hinter dem gleichaltrigen „Normalkinde" zurücksteht (Alter: fast 7 Monate; Gewicht 4630 g.).

Die Symptome des Icterus catarrhalis, soweit ich sie zu beobachten vermochte, glichen im allgemeinen denen der größeren Kinder und der Erwachsenen. Auffallend war nur auf dem Höhepunkt der Erkrankung die außerordentlich starke Benommenheit; das Kind bot dabei ganz das Bild einer Intoxikation. Dagegen fehlte im vorliegen-

---

wegen Pylorospasmus in Behandlung hatte, inzwischen anlegen, bis das eigene Kind wieder an der Brust zu trinken vermochte. Der Erfolg war für beide Teile — sowohl für die Mutter wie für den Säugling mit Pylorospasmus — befriedigend.

den Falle völlig die Verlangsamung des Pulses, die bei Erwachsenen stets vorhanden zu sein pflegt. Über das Verhalten des Urins vermochte ich mich leider nicht zu orientieren, da die Mutter denselben nicht auffangen konnte und es mir nicht gestattet wurde, das Kind zu katheterisieren.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

C. Dietrich (Berlin), Das Fürsorgewesen für Säuglinge. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. 1908. Nr. 1 u. 2.) D. gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre (Säuglinge) macht einen wesentlichen Teil der Gesamtsterblichkeit aus, so daß ihre Schwankungen auch die Höhe der Gesamtsterblichkeit beeinflussen. In Deutschland umfaßt die Säuglingssterblichkeit ein Drittel aller Gestorbenen. Die hohe Kindersterblichkeit ist ein wirtschaftliches und nationales Unglück, weil zahlreiche volkswirtschaftliche Werte alljährlich unter erheblicher Belastung der Betroffenen zwecklos geschaffen und vorzeitig wieder vernichtet werden, und weil die Ursachen der hohen Kindersterblichkeit zugleich die Widerstandsfähigkeit der überlebenden Säuglinge herabsetzen und die Kraft der Nation in ihrem Nachwuchs schwächen. Diese nationale Gefahr gewinnt noch dadurch an Bedeutung, daß die Zahl der Geburten von Jahr zur Jahr abnimmt; sie legt den öffentlichen Faktoren im Staate die Pflicht auf, geeignete Fürsorgemaßnahmen zum Schutze der Säuglinge zu treffen.

2. Eine unerläßliche Voraussetzung der Säuglingsfürsorge ist die sorgfältige Ermittlung aller tatsächlichen Verhältnisse, besonders der Daseinsbedingungen und der Sterblichkeit der Kinder. Die Beziehungen der Kindersterblichkeit zur Jahreszeit, zur Ernährung, Pflege, ärztlichen Versorgung, zum Klima, zu Stadt und Land, zur Ehelichkeit und Unehelichkeit, allgemeinen Lebensführung, Beschäftigungsweise der Eltern, der Einfluß der Wohnungen und sonstiger für die Hygiene wichtigen Verhältnisse, die Bevölkerungsdichtigkeit und die Geburtenhäufigkeit müssen für den Staat, einen Bezirk oder eine Gemeinde klargestellt sein. Nur so wird es möglich sein, die Ursachen für das mangelhafte Gedeihen der Kinder und mit ihnen zugleich die richtigen Maßnahmen zur Abhilfe zu finden.

3. Je nach dem Umfang und der Eigenart der Maßnahmen, welche erforderlich werden, ist die öffentliche Fürsorge für die Säuglinge eine allgemeine oder eine besondere. Jene will die Gesamtheit der Kinder schützen und allen Bevölkerungsklassen, die von ihr Gebrauch wollen, zugute kommen, diese richtet ihre Tätigkeit auf diejenigen Säuglinge, welche obdachlos, elternlos oder sonst unmittelbar fürsorgebedürftig sind.

4. Die allgemeine Fürsorge wirkt durch Belehrung und durch praktische Maßnahmen.

Da der Mangel an ausreichenden Kenntnissen über eine zweckmäßige Ernährung und Behandlung der Säuglinge die Hauptursache

für die großen Schädigungen der Kinderwelt ist, hat sich die Belehrung der Bevölkerung im wesentlichen hierauf zu richten. Sie erfolgt

a) durch Merkblätter, Broschüren und sonstige Drucksachen aufklärenden Inhaltes, welche durch die Standesbeamten, Hebammen, Ärzte und andere beteiligte Personen verbreitet werden;

b) durch mündliche Belehrung seitens der Kreisärzte, Ärzte, besonders auch der Impfärzte gelegentlich des Impfgeschäftes, der Hebammen, Wochenpflegerinnen, Gemeindepflegerinnen, Aufsichtsdamen der Haltekinder usw. gelegentlich der Ausübung ihrer Berufstätigkeit.

Hierzu ist erforderlich, daß der Unterricht in der Kinderheilkunde auf den Universitäten in entsprechender Weise ausgestaltet wird, daß die Hebammen und das Pflegepersonal ausreichend unterrichtet werden, und daß die Presse andauernd mit geeigneten Informationen versehen wird;

c) in öffentlichen Vorträgen mit Hilfe von geeigneten Sachverständigen und, soweit es angeht, mit Hilfe von Wohlfahrtsvereinen;

d) in öffentlichen Darstellungen in der Form von wandernden oder dauernden Museen für Säuglingspflege;

e) in besonderen Kursen für junge Mädchen und Frauen, in den oberen Klassen der Mädchenschulen, beim Unterricht in der Hauswirtschaft, beim Kochunterricht, in Jungfrauen- oder Arbeiterinnenvereinen, Volksküchen, Fabrikheimen, Fabrikkrippen usw.

5. Die praktischen Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Fürsorge haben davon auszugehen, daß die Sterblichkeit der Kinder in den ersten Wochen des Lebens und hier wieder bei den künstlich ernährten Kindern am größten ist; sie haben sich daher

a) auf die Förderung der Geburts- und Wochenbettshygiene und auf die allgemeine Wiedereinführung des Stillgeschäfts zu erstrecken. Das gute Befinden der Mutter ist ein wichtiger Faktor in dem Leben des Säuglings, mit der Mutter wird die beste Pflegerin und zugleich die Nahrungsspenderin des Kindes geschützt.

Hier kommt in erster Linie die Verbesserung der Ausbildung und der materiellen Lage der Hebammen in Betracht, deren Bedeutung für die Geburtshygiene allgemein feststeht. Für das Wochenbett müssen besondere Pflegerinnen ausgebildet und, wenn erforderlich, ebenso wie die Bezirkshebammen als Bezirkswochenpflegerinnen angestellt werden. Für die weniger bemittelte Bevölkerung sind Gemeindewochenpflegestationen einzurichten, in denen Wochenpflegekörbe mit den nötigsten Gebrauchsgegenständen für das Wochenbett, erforderlichenfalls auch mit Wäsche und Kleidungsstücken zum Ausleihen an bedürftige Wöchnerinnen bereit gehalten werden. Eine wirksame Hilfe sind ferner die Hauspflegerinnen, die den Wöchnerinnen während des Wochenbettes die Hausarbeit abnehmen und zweckmäßig von den Gemeinden oder Gemeindeverbänden ausgebildet, angestellt und fortdauernd überwacht werden;

b) für das Werden und Gedeihen des Kindes ist die Fürsorge für die Mutter eine Zeitlang vor und nach der Geburt von der größten Bedeutung, besonders da, wo die häuslichen Verhältnisse die

Durchführung der Geburts- und Wochenbettshygiene erschweren oder unmöglich machen. In Frankreich ist man daran gewöhnt, die Frauen der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen in Entbindungsanstalten zu entbinden. Die Begründung von Gemeindeentbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen wird sich als ein wesentlicher Faktor in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit geltend machen;

c) aus denselben Gründen ist der gesetzliche Schutz der schwangeren Frau und der Wöchnerin in Beziehung auf ihre Erwerbstätigkeit mehr als bisher auszugestalten;

d) würden die Kinder nach der Entlassung der Mutter aus den Entbindungsanstalten oder aus der Wöchnerinnenpflege in den ersten Monaten ihres Lebens ohne ärztliche oder sachverständige Beratung gelassen, so würde damit ihr Gedeihen in den meisten Fällen nicht genügend gewährleistet; deshalb sind Einrichtungen zu treffen, in denen die Mütter oder Angehörigen der Kinder über alle Fragen der Ernährung und Pflege der Säuglinge Rat erhalten und die Kinder von Zeit zu Zeit dem Arzte vorstellen können. Solche Einrichtungen („Fürsorgestellen") sind nach Art der französischen „consultations des nourissons" bereits in zahlreichen deutschen Städten von den Gemeinden getroffen worden. Sie sind ein sehr wichtiges Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, da sie im hohen Maße der Belehrung dienen, nicht nur für die Mütter, sondern auch für schwangere Frauen, welche sich über ihre Vorbereitung zur Geburt, zum Wochenbett und zum Stillgeschäft ärztlichen Rat erholen können, und da sie es ermöglichen, die natürliche Ernährung zu erhalten und zu fördern.

6. Bei aller Fürsorge für die natürliche Ernährung darf nicht übersehen werden, daß zurzeit ein großer Teil der Kinder im ersten Lebensjahre künstlich ernährt wird. Die allgemeine öffentliche Fürsorge muß daher darauf gerichtet sein, die Schädigungen, welche die künstliche Ernährung mit sich bringt, soviel wie möglich zu beseitigen und eine gute Kindermilch zu beschaffen. Hierzu ist die Verschärfung der Beaufsichtigung des Milchverkehrs seitens der zuständigen Behörden, eine sorgfältige Kontrolle der städtischen Viehhaltungen und des Marktmilchverkehrs durch Tierärzte und hygienisch vorgebildete Beamte unerläßlich. Auch ist die Übernahme der Milchproduktion seitens der Gemeinden ins Auge zu fassen, um eine hygienisch einwandfreie Milch in den Verkehr bringen zu können. Ferner ist für die richtige Behandlung der Milch, insbesondere für die Abtötung der pathogenen Keime in städtischen Milchküchen Sorge zu tragen. Die Milch ist hier in mehreren Mischungen, gegen angemessene Bezahlung, an Minderbemittelte zu einem ermäßigten Preise und an Arme unentgeltlich abzugeben.

Die Milchabgabestellen sind am besten mit den Fürsorgestellen zu verbinden. Der richtige Gebrauch der Milch ist zu kontrollieren.

7. Da es in zahlreichen Familien unmöglich ist, den erkrankten Säuglingen die erforderliche Pflege und Behandlung zuteil werden zu lassen, so müssen besondere Säuglingskrankenanstalten oder Säuglingsabteilungen in den allgemeinen Krankenanstalten begründet werden, in denen auch für die Darreichung von Muttermilch Sorge zu tragen

ist. Wo die Örtlichkeit es gestattet, sind nach dem Vorschlag Schloßmanns für die warmen Sommermonate Säuglingsanstalten auf dem Wasser (Fluß-, Seeanstalten) einzurichten.

8. Die besondere Fürsorge für die obdachlosen, elternlosen und sonst fürsorgebedürftigen Säuglinge beginnt mit dem Eintritt der Fürsorgebedürftigkeit, meist mit der Entlassung der Mutter aus der Entbindungsanstalt. Die Kinder sind in geeigneten Anstalten, Kinderasylen, unterzubringen, ohne daß die Aufnahme von einer Legitimation abhängig gemacht wird, damit die Zeit der Obdachlosigkeit und die dadurch bedingten gesundheitlichen Schädigungen vermieden werden. Das germanische System ist deshalb in dieser Richtung hin im Sinne des romanischen zu verbessern. Die Feststellung der Zahlungspflichtigen sowie der sonstigen Verhältnisse der Aufgenommenen erfolgt erst nach der Aufnahme, der Zusammenhang mit den Angehörigen ist zu erhalten. Das ungarische System des Schutzes der verlassenen Kinder, d. h. der Aufbau der gesamten öffentlichen Säuglings- und Kinderfürsorge auf dem Kinderasylprinzip ist anzustreben.

9. Die Fürsorge für die elternlosen und unehelichen Kinder ist durch die Einrichtung der Generalvormundschaft wirksamer zu gestalten. Der Verheimlichung und Verschleppung von lästigen Säuglingen ist seitens der zuständigen Behörden mit der größten Strenge entgegenzutreten. Die Beaufsichtigung der aus dem Kinderasyl entweder zu ihren Müttern oder zu Pflegemüttern entlassenen Kinder hat durch eine besondere Behörde einheitlich zu erfolgen.

10. Alle Maßnahmen der allgemeinen und besonderen Säuglingsfürsorge sind seitens der Gemeindebehörde oder seitens eines Gemeindeverbandes einer Zentralstelle für Säuglingsfürsorge zu übertragen. Diese leitet die Belehrung über die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung, über die Gewinnung, Verarbeitung und Aufbewahrung einer guten Kindermilch und über alles sonst für Mutter und Angehörige Wissenswerte. Ihr liegt auch die Aufsicht über die Fürsorge- und Milchabgabestellen, über die Säuglingsanstalten und über die öffentlichen, sowie über die privaten Milchproduktionsstellen ob, sie hat entweder unmittelbar oder durch Unterorganisationen, welche an die Säuglingsfürsorgestellen angeschlossen werden können, die gesamte Milchversorgung, die Unterbringung obdachloser Wöchnerinnen und Kinder, endlich auch die Kontrolle der Ziehkinder auszurichten und zu überwachen.

Grätzer.

Heinrich Klose, Rationelle Kinderernährung von der Geburt bis zum Alter von 2 Jahren. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 161.) Diese von der „Société Scientifique D'Hygiène Alimentaire et De L'Alimentation Rationelle De L'Homme à Paris" preisgekrönte Arbeit verzichtet im wesentlichen auf die Ergebnisse eigner Untersuchungen, bringt aber dafür einen gedrängten, gut geordneten Überblick über den Gegenstand. Dabei werden alle möglichen Gebiete gestreift, so Sterblichkeitsstatistik, allgemeine Physiologie der Kinderernährung, die Unterschiede von Frauen- und Kuhmilch, Indikationen und Technik der künstlichen und der natürlichen Ernährung, bei der ersteren besonders die Ernährungsresultate mit den gebräuch-

lichsten Milchmischungen und Kindermehlen usw. Bringt die Arbeit dem Kinderarzt auch nicht viel Neues, so kann sie doch dem Neuling zur Einführung als guter Wegweiser empfohlen sein.

Hecker (München).

Cassel und **James Pick**, Die Säuglingsfürsorgestelle II der Stadt Berlin. (Arch f. Kinderheilk. Bd. 45. S. 57.) Bericht über die Tätigkeit dieser Anstalt im Jahre 1905. Hecker (München).

M. Kob, Klinische Beobachtungen an 12 Fällen von obliterierender Herzbeutelentzündung als Teilerscheinung schwerer Herzaffektionen im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65. S. 643.) Sorgfältige Beobachtung von 12 Fällen, aus denen sich ergibt, daß Perikardialverwachsungen ohne alle Kompensationsstörungen vorkommen. Daraus, daß dekompensierte Herzfehler vorzugsweise allgemein Ödeme, besonders der unteren Extremitäten hervorrufen, daß bei Perikardialverwachsungen ein besonderer Stauungstypus vorkommen kann, bei welchem Leberschwellung und Aszites eine große Rolle spielen; daraus, daß dieser selbe Typus auch bei Herzfehlern ohne Perikardobliteration vorkommt, geht nach Ansicht des Verf.s hervor, daß die Ursache dieses besonderen Stauungstypus weder die Perikardobliteration allein, noch die Herzerkrankung als solche allein sondern ein noch unbekanntes drittes Moment, das diesen Fällen gemeinsam sein kann, die eigentliche Ursache dieser besonderen Zirkulationsstörungen bleibt. Der Zeitpunkt des Eintretens einer Herzbeutelverwachsung kann nicht mit Sicherheit erkannt werden. Mit Wahrscheinlichkeit deutet die Beobachtung einer frischen Perikarditis im Verlaufe einer Herzerkrankung darauf hin. Wahrscheinlich entsteht die totale Obliteration des Herzbeutels erst nach mehreren Schüben frischer Perikarditis. Hecker (München).

Ludwig F. Meyer, Zur Kenntnis des Stoffwechsels bei den alimentären Intoxikationen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 65. S. 585.) Der Stoffwechsel des intoxierten Kindes zeigt bei der Assimilation jedes einzelnen Nährstoffes und des Kochsalzes wesentliche Abweichungen vom Normalen, die derart sind, daß sie uns berechtigen, die Stoffwechselerkrankungen in den Vordergrund des Krankheitsbildes zu schieben. Wenn es auch heute noch nicht möglich ist, aus irgend einer der vorhandenen Störungen uns die Schwere des klinischen Krankheitsbildes vollkommen zu erklären, so bringt doch das Darniederliegen so vieler Funktionen uns das Verständnis des klinischen Bildes näher. Es wäre verfrüht, heute, wo wir erst im Beginn der Forschung der Stoffwechselstörungen bei Intoxikationen stehen, etwa die markanteste Alteration des Stoffwechsels, die wir bei der Intoxikation beobachten konnten, die Azidose, als Ursache des Zustandes anzusprechen.

Wir müssen uns vorläufig damit bescheiden, diesen Zusammenhang einer Reihe von Stoffwechselfunktionen zu konstatieren.

Es ist endlich noch nachzuweisen, daß die Stoffwechselveränderungen nur dem Intoxikationszustand eigen sind, und daß er durch diese Veränderungen von allen anderen Störungen der Ernährung wohl abgrenzbar ist. In Betracht kommen die Zustände der Bilanz-

störung (Gewichtsstillstand bei normalem Stuhl), der Dyspepsie und der „Dekomposition". Von den vorher besprochenen Stoffwechselalterationen konnte Verf. weder toxischen Stickstoffzerfall, noch erhöhten Ammoniakkoeffizienten (bei gewöhnlicher Ernährung), noch Störung der Harnstoffbildung bei Glykokolleinfuhr (die schon früher Keller bei chronischen Ernährungsstörungen untersucht und normal befunden hat), noch Glykosurie bei irgend einer der anderen Ernährungsstörungen im Säuglingsalter nachweisen. Man muß also diese Veränderungen im Stoffwechsel für die Intoxikation als typisch gelten lassen.

Hecker (München).

A. Pollak (Prag-Weinberge), Eine Methode der Phimosenoperation. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 9.) P. beschreibt eine Methode der Operation bei angeborener Phimose, die sich ihm in einer Reihe von Fällen gut bewährt hat und auch sehr gute Dauerresultate ergibt.

In unkomplizierten Fällen wird die Operation folgendermaßen ausgeführt: In der dorsalen Mittellinie der Vorhaut wird mit scharfer Schere ein Dorsalschnitt gemacht in der Länge von 8—10 mm, welcher äußeres und inneres Blatt trennt; dann überzeugt man sich davon, daß man in der Lage ist, das Präputium leicht über die Eichel zurückzustreifen, und daß die Beweglichkeit der Vorhaut vollkommen frei ist. Bemerkt muß dabei werden, daß sich P.s Erfahrungen nur auf Kinder im Alter zwischen 3 Monaten und 5 Jahren erstrecken. Bei größeren Kindern müßte der Schnitt natürlich entsprechend länger sein. Hauptbedingung für den guten und vollständigen Erfolg der Operation ist es, daß durchaus freie Verschiebbarkeit des Präputiums über die Eichel erzielt wird. Ist der Schnitt zu klein, so muß er etwas verlängert werden, wobei nur darauf zu achten ist, daß der zweite Schnitt möglichst genau in die Verlängerung des ersten falle. In den zwei ersten Fällen machte P. den Schnitt mit einem Bistouri auf der Hohlsonde, ist aber jetzt dazu gekommen, ihn regelmäßig mit einer kleinen, sehr scharfen Schere vorzunehmen.

Nachdem man sich davon überzeugt hat, daß der Schnitt die nötige Länge hat, nimmt man die Blutstillung vor; bei Kindern genügt regelmäßig eine mäßig energische Kompression von kurzer Dauer.

Als letzter Akt folgt die Naht; es wird natürlich äußeres Blatt an inneres Blatt genäht, und es ist wichtig, daß man sich folgendes vor Augen halte: Diejenige Naht, welche dem Ansatze des Präputiums am nächsten liegt, bestimmt genau die Stelle, an welcher die Verwachsung der beiden Vorhautblätter beginnt; man kann ganz sicher damit rechnen, daß ein zentralwärts von dieser Naht gelegener Teil der Schnittwunde derart heilt, daß äußeres Blatt mit äußerem und inneres Blatt mit innerem verwächst. Infolge dieses Umstandes hat man es in der Hand, eine eventuell zu lang geratene Inzision unschädlich zu machen, indem man die erste Naht nicht an das Ende des Schnittes, sondern etwas tiefer seitlich anlegt und natürlich eine entsprechende Naht auch an die andere Seite setzt. Ist jedoch der Schnitt von entsprechender Länge, dann ist es sehr wichtig — ja der wichtigste Punkt der ganzen Operation — daß genau an der Spitze die erste

Naht gesetzt wird, welche äußeres und inneres Blatt am Ende des Schnittes zur Verwachsung bringen soll und welche ganz fest und sicher halten muß. Es ist gut, wenn man sie nicht ganz knapp am Wundrande anbringt. Die anderen Nähte werden dann weiter unten nach Bedarf angelegt, und erst mit der letzten Naht (P. legt gewöhnlich 3—5 an) ist die kleine Operation vollendet.

Es folgt ein einfacher Jodoform- oder Xeroformmullstreifenverband, der nach Bedarf gewechselt wird. Kleine Kinder werden in gekochtem Wasser gebadet. Entfernung der Nähte nach 5—6 Tagen.

Der eben beschriebene Operationsvorgang muß mehr oder weniger abgeändert werden, wenn Verwachsungen der Vorhaut mit der Eichel vorhanden sind.

Handelt es sich nur um Verklebungen oder um Verwachsungen, welche außerhalb des Schnittes liegen, dann wird einfach nach Vollendung der Inzision und der Blutstillung die Lösung dieser Verwachsungen, welche ja wohl immer ohne besondere Mühe gelingt, vorgenommen und dann, wie oben beschrieben, fortgefahren. Liegen diese Verwachsungen, was hier und da vorkommt, in der Schnittlinie, dann scheint es besser zu sein, die Inzision seitlich nach rechts oder nach links zu verlegen, wobei nur darauf zu achten ist, daß sie streng sagittal gemacht werde.

Nach vollendeter Inzision und eventuell Blutstillung kann man dann an die Lösung der Verwachsungen gehen, welche meist sehr leicht, manchmal schwer gelingt, aber immer gründlich und sorgfältig vorgenommen werden muß. Schwieriger gestaltet sich die Operation, wenn ausgedehnte oder totale zirkuläre Verwachsung des freien Randes des Präputiums mit der Haut der Eichel vorliegt. P. hat zwei solcher Fälle operiert und beschreibt dieselben.

Grätzer.

A. Bauer, Sklerem eines Neugeborenen mit Ausgang in Heilung. (Aus dem Provinzial-Hebammeninstitut in Stettin.) Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 10.) Der Fall ist nicht nur deswegen bemerkenswert, weil er in Heilung überging, sondern auch dadurch, daß die Krankheit sich hier nicht allmählich entwickelte, sondern außerordentlich rasch, so daß sie sofort scharf ausgeprägt in die Erscheinung trat.

Therapeutisch wurde neben äußerer Wärmeapplikation und sorgfältigster Vermeidung jeder unnötigen Wärmeabgabe das Hauptgewicht auf reichliche Ernährung gelegt. Diese fand mittels Schlundsondenfütterung durch die Nase statt, ein Weg, den B. aufs wärmste empfiehlt. Die eingegossene Milch war aus 1 Teil Kuhmilch, 2 Teilen Wasser, 4 % Milchzucker, etwas Kochsalz zusammengesetzt und im Soxhletapparat vorbereitet; am ersten Tage wurden 2 mal, vom zweiten Tage ab 4 mal 75 ccm eingegossen, und so viel Kognak zugesetzt, daß das Kind 4—6 g pro die erhielt. Dies war vielleicht etwas viel, doch schätzt B. diesen Zusatz für den Erfolg sehr hoch ein.

Grätzer.

F. Siegert, Die Behandlung der Rachitis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) S. setzt in diesem „klinischen Vortrage“ die Prinzipien auseinander, die er wie folgt am Schlusse

zusammenfaßt: Prophylaxe durch Luft und Licht, natürliche Ernährung, Vermeidung der Überfütterung bei dieser wie bei der künstlichen Ernährung mit knappen Milchmengen, frühzeitigem Übergang zu gemischter Kost und Einschränkung der animalen Kost zugunsten der vegetabilischen. Behandlung der Rachitis durch die gleichen Maßnahmen, äußerste Wachsamkeit betreffs latenter Spasmophilie, entsprechende Kleidung, Hydrotherapie, Phosphorlebertran, Hämoglobinpräparate. Grätzer.

M. Böhm, Über die Ätiologie der Scoliosis idiopathica adolescentium. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) Nach B. ist die habituelle Skoliose nicht Folge funktioneller oder osteopathischer Einflüsse, sondern beruht auf Bildungsstörungen, die sich erst im späteren Kindesalter klinisch manifestieren. Eine Anzahl Abbildungen illustriert diese numerischen Varietäten der Wirbelsäule. Grätzer.

B. Salge, Über die Auswahl der Kinder für die Ferienkolonien. (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.) Nach S.s Meinung sollte so verfahren werden, daß man bei der Auswahl der Kinder für die Ferienkolonien solche bevorzugt, die hauptsächlich wegen der schlechten häuslichen Verhältnisse zurückbleiben und schwächlich werden, bei denen aber eine eigentliche Krankheit, namentlich Skrofulose bzw. Tuberkulose, nicht vorliegt. Für erstere können die Ferienkolonien einen dauernden, für letztere im besten Falle einen Scheinerfolg bedeuten. Man wird es vielleicht unmenschlich finden, wenn Kindern, die viel bedürftiger erscheinen, nicht der Vorrang gelassen wird. Das ist aber falsch. Man kann nie mehr erreichen wollen, als die zur Verfügung stehenden Mittel ermöglichen. Auch den Kindern mit Skrofulose usw. kann in vielen Fällen geholfen werden, dazu gehören aber andere Mittel, als die Ferienkolonien sie bieten. Grätzer.

J. Rosenstern, Untersuchungen über die Pepsinsekretion des gesunden und kranken Säuglings. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) Die Ergebnisse der Untersuchungen faßt R. wie folgt zusammen:

1. Die Pepsinmenge des gesunden, künstlich ernährten Säuglings steigt mit zunehmendem Alter etwa bis zum Ablauf des ersten Vierteljahres, um von da an eine konstante Größe zu bilden.

2. Gesunde Brustkinder scheinen weniger Pepsin zu produzieren als gesunde gleichaltrige, künstlich genährte Säuglinge.

3. Die älteren untergewichtigen Säuglinge sondern die ihrem Alter entsprechende Pepsinmenge ab.

4. Ernährungsstörungen beeinflussen die Pepsinsekretion nicht wesentlich. Nur bei der Dekomposition scheint eine Verminderung der Pepsinmenge vorzukommen. Auf Grund unserer Untersuchungen können wir der Anschauung derjenigen Autoren, welche dem Fermentmangel eine erhebliche symptomatische Bedeutung oder gar eine ätiologische Rolle bei den Verdauungsstörungen der Säuglinge zuschreiben, wenigstens bezüglich der Pepsinsekretion nicht beipflichten. Grätzer.



R. Bing, Über den Wert der Pirquetschen und der Wolff-Calmetteschen Reaktion im Kindesalter. (Aus dem Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Krankenhause in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) Die Beobachtungen führten zu folgenden Schlußsätzen:

Die Pirquetsche und die Wolff-Calmettesche Methode sind in hohem Maße geeignet, zur Stellung der Diagnose auf Tuberkulose beizutragen. Insbesondere läßt der positive Ausfall der kutanen Reaktion im frühesten Kindesalter fast mit absoluter Bestimmtheit die Diagnose auf Tuberkulose stellen, während der negative Ausfall nicht für das Fehlen von Tuberkulose beweisend ist. Immerhin aber läßt der negative Ausfall beider Methoden bei klinisch unsicheren Fällen in hohem Grade die Wahrscheinlichkeit zu, Tuberkulose auszuschließen.

Die bei beiden Methoden sich ergebenden Differenzen erklären sich daraus, daß die Pirquetsche Probe uns auch über latente Tuberkulose aufklärt, während die negative Konjunktivalreaktion das Vorhandensein einer solchen absolut nicht ausschließt.

Die Pirquetsche Methode ist absolut ungefährlich; dagegen sahen wir im Anschlusse an die Konjunktivalreaktion Nebenerscheinungen auftreten, die uns zur Vorsicht mahnen und uns zwingen, bei skrofulösen Kindern dieselbe ausnahmslos zu unterlassen. Grätzer.

P. Esau, Rheumatismus tuberculosus-Poncet. (Aus dem St. Johannishospital zu Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.) E. schildert eine interessante Beobachtung bei einem $6^1/_2$ jähr. Kinde. Aus der Epikrise sei folgendes wiedergegeben:

Überblicken wir nochmals kurz das Krankheitsbild, so sehen wir bei diesem Kinde ein Leiden, das in mehreren akuten und subakuten Schüben nacheinander die beiden Knie- und Fußgelenke, das rechte Hüftgelenk und die Halswirbelsäule befiel. Unter zeitweise hohem Fieber und erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens gingen diese Attacken einher, ein Teil der Gelenke neigte zu starken Beugekontrakturen, und unter korrigierenden Verbänden heilte das Leiden zum Teil in Form einer festen fibrösen Ankylose aus (Knie), zum Teil trat vollkommene Wiederherstellung der Gelenkfunktionen ein (Fußgelenke, Halswirbelsäule), entstand im Hüftgelenk eine knöcherne Ankylose.

Welches ist nun die Ursache dieser Erkrankung? Wie erwähnt, kommt Tuberkulose in der Familie nicht vor; aus der Anamnese geht hervor, daß das Kind durch eine zwar als gesund befundene Amme genährt wurde, andererseits ist eine kleine vereiterte Drüse gespalten worden. Bei der Häufigkeit der Tuberkulose und oftmals der Unmöglichkeit, latente Tuberkulosen nachzuweisen, kann bei dem Kinde mit Sicherheit eine Infektion nicht ausgeschlossen werden, obwohl Ausgangspunkt und Sitz unbekannt sind. Es trifft für den Fall die mehrfache Angabe Poncets zu, daß diese besondere hier in Frage stehende Art der Erkrankung gerade bei latent Tuberkulösen oder Tuberkulösen „a minima“ sich findet.

Eine andere Infektion war nicht vorausgegangen, keine Masern, Scharlach, Gonorrhöe oder Lues; mit Sicherheit war Blutergelenk

auszuschließen. Eine Polyarthritis kommt wohl kaum in Betracht, der Verlauf war ein ganz anderer; am Herzen zeigten sich weder während der akuten Erkrankungen, noch nach Ablauf derselben irgend welche Erscheinungen einer Mitbeteiligung; die bei Arthritis übliche Behandlung war ohnmächtig. Bei dem chronisch gewordenen Rheumatismus wird immer eine sub- und objektiv wahrnehmbare Kühle der befallenen Gelenke beobachtet, eine Tatsache, die bei Tuberkulose niemals vorkommt. Gerade die tuberkulösen Gelenke zeichnen sich durch höhere Temperaturen aus, wie sie beide Kniegelenke zeigten.

Den strikten Beweis, wie ihn Spitzy fordert, kann ich allerdings für die Ansicht, daß es sich um einen tuberkulösen Rheumatismus gehandelt hat, nicht führen. Spitzy verlangt 1. erfolgreiche Tierimpfung mit Punktionsflüssigkeit und 2. die Tuberkulinreaktion nach Koch. Als das Kind in die Behandlung kam, war der Prozeß in der Hauptsache schon in das chronische Stadium gelangt; der Erguß soll aber auch früher nur minimal gewesen sein. Von der Anwendung der Tuberkulinreaktion wurde aus äußeren Gründen abgesehen.

Froehlich, Barbieri und Français haben das letztere Postulat unterdessen bei ihren Patienten mit positivem Erfolg erfüllt; Spitzy selbst mit negativem bei der von ihm beschriebenen chronischen Arthritis der Kinder. Trotzdem besteht wohl kein Zweifel, daß es sich um keine andere Form der Gelenkerkrankung gehandelt hat als den Rheumatismus tuberculosus - Poncet. Und der Verlauf stimmt mit den Fällen der obengenannten Autoren außerordentlich überein. Poncet und Leriche beschreiben diese polyarthritische Form wie folgt: Der Beginn kann sehr verschieden sein, der ankylosierende Prozeß kann mit einem Male einsetzen; eine Reihe von Gelenken kann gleichzeitig von pseudo-rheumatismalen Erscheinungen befallen sein, bei subakutem Verlauf, ohne erhebliche Entzündung; und dann versteifen innerhalb weniger Monate trotz allem die Gelenke bis zur Ankylose, die eine funktionell vollständige sein kann und die den Schmerzen ein Ende setzt. Andererseits begleiten Fieber, Schweiße, Abmagerung und allgemeine Hinfälligkeit die Erkrankung und stehen dann im Vordergrunde.

Ohne Tendenz zu Abszessen, ohne Fungus, mit Schmerzen wechselnder Stärke und Deformationen, die mit denen bei Polyarthritis rheumatica größte Ähnlichkeit haben können, so verläuft die in Frage stehende Erkrankung bei jugendlichen Individuen. Natürlich gibt es noch andere Möglichkeiten des Verlaufes; auffällig ist, daß häufig homologe Gelenke gleichzeitig oder nacheinander befallen werden. Was die Ankylosen anlangt, so sind sie oft nur fibrös, seltener knöchern. Grätzer.

H. Much, Über Bakteriozidine in Perhydrasemilch. (Aus der Abteilung für experimentelle Therapie des Eppendorfer Krankenhauses Hamburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.) Durch die Versuche M.s wird einwandfrei der Nachweis von Bakteriozidinen in frischer Kuhmilch gegenüber Typhusbazillen, Staphylococcus aureus und Kolibazillen erbracht.

Gleichzeitig sind sie eine Erweiterung der früher von Römer und M. mitgeteilten Versuchsergebnisse, daß durch das Verfahren die Antikörper in der Perhydrasemilch nicht zerstört werden.

Durch das Perhydraseverfahren ist es möglich, die Bakteriozidine durch 24 Stunden in der Milch zu erhalten, was bei gewöhnlicher roher Kuhmilch nicht möglich ist. Grätzer.

H. Heinemann, Vergleichende Untersuchungen mit der Konjunktivalreaktion nach Wolff-Eisner und der Salbenreaktion nach Moro. (Aus der ersten mediz. Klinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) Aus der Versuchen ergab sich, daß die Salbenprobe nach Moro der Tuberkulosediagnostik beim Erwachsenen mindestens in dem Maße zu Hilfe kommt, wie die Konjunktivalreaktion nach Wolff-Eisner. Nach der Konjunktivalprobe sah H. Konjunktivitiden auftreten, die oft 14 Tage hindurch die Patienten belästigten. Die Salbenreaktion verlief stets harmlos und belästigte die Patienten in keiner Weise. H. erblickt darin einen bemerkenswerten praktischen Vorteil der Salbenreaktion vor der Konjunktivalreaktion. Grätzer.

Durlacher (Ettlingen), Über die Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr großen inoperablen Nabelschnurbrüchen. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) D. berichtet über einen sehr interessanten Fall. Es handelt sich um ein Kind, das mit einem großen Nabelschnurbruche oder einer Bauchspalte zur Welt kommt. Diese Mißbildung, die nur von Amnion bedeckt ist, überhäutet sich spontan. Der ursprüngliche Defekt in der Bauchwand, der Bruchring, ist ungefähr um die Hälfte kleiner geworden. Das Kind wurde durch diese Spontanheilung lebensfähig erhalten.

Der Defekt reichte von einer Axillarlinie der Bauchwand zur anderen und vom Processus xyphoideus bis $2^1/_2$ cm oberhalb der Symphyse. Dieser Defekt war, wie gesagt, von Amnion bedeckt, das ringsum direkt in die normale Haut überging.

Es ist auffallend, daß das Amnion, welches keine Blutgefäße führt, nicht rasch der Gangrän anheimfiel und diese nicht auf das viszerale oder peripher gelegene parietale Peritoneum überging. 2 Stunden nach der Geburt trübte sich das Amnion, es handelte sich dabei um ein Erstarren der in der äußeren Schicht des Amnion befindlichen gestreiften faserigen Grundsubstanz mit ihren Zellen, also um den Beginn einer Koagulationsnekrose. Da aber von der Peripherie her schon nach wenigen Stunden sich Keimgewebe auf das Plattenepithel der innersten Amnionschicht, ausbreitete und sehr rasch in wenigen Tagen unter den koagulierten homogenen Massen ein lebendes Gewebe entstand, so war ein brandiges Übergreifen auf das an der Peripherie liegende Peritoneum verhindert.

Nach Lindfors soll zwar eine Naturheilung nur möglich sein bei Vorhandensein von einem parietalen Blatte des Peritoneums unterhalb des Amnions.

In D.s Falle war eine derartige Existenz nicht nachweisbar, während nicht von der Hand zu weisen ist, daß sich die unterste Plattenepithelschicht des Amnions als seröse Haut entwickelte.

Es liegt hier ein Meisterwerk der Natur vor, das jedenfalls in dieser Form noch wenig beobachtet ist. Grätzer.

R. Th. Jaschke, Stauungshyperämie als ein die Milchsekretion beförderndes Mittel. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Heidelberg.) (Mediz. Klinik. 1908. Nr. 8.) Mit bestem Erfolge hat J. versucht, durch systematische Behandlung der Brüste mit Stauungshyperämie eine genügende Milchsekretion zu erzielen; zunächst in solchen Fällen, wo vollständiger oder nahezu vollständiger Milchmangel bestand. So bei einer nicht mehr jungen, durch viele Geburten mitgenommenen Frau von stark herabgesetztem Ernährungszustande, wo es einer Verstärkung des physiologischen Reizes bedurfte, um eine normale Funktion der Brustdrüse zu erzielen. Man wird besonders in den Fällen, wo die Milchsekretion nicht zeitgerecht oder zu langsam ansteigend oder überhaupt ungenügend sich einstellt, mit der Saugbehandlung die schönsten Erfolge erzielen. Auch da, wo die Warzen schwer faßbar sind, wo des Kindes Saugkraft für die „schwergehende“ Brust nicht ausreicht, ist jene Behandlung indiziert, da die Brüste danach bald „leichter gehen“. Endlich bildet die Saugbehandlung ein wertvolles Prophylaktikum gegen Mastitis; in der ganzen Zeit, wo J. die Stauungshyperämie als Milchsekretion beförderndes Mittel anwandte, kam nicht ein einziger Fall von Mastitis zur Beobachtung.
Grätzer.

Schröder (Altona), Vergiftung mit Eukalyptusöl. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1908. Nr. 8.) S. schildert folgenden Fall:

„Ein $1^1/_2$ jähriger Knabe nahm von seinem Bette aus eine auf dem Nachttisch der Mutter stehende Flasche mit Eukalyptusöl (von der Firma Mumm & Frerichs in Hamburg) an sich und entkorkte sie. Auf sein plötzliches Geschrei eilte die Mutter hinzu und fand das Kind mit der leeren Flasche in der Hand. Es hatte sich schon wieder beruhigt und die Mutter nahm deswegen an, daß es nicht, wie sie zunächst vermutet hatte, von dem Öl getrunken, sondern den ganzen Inhalt, mindestens 30 g, in das Bett verschüttet habe. Eine halbe Stunde später ging die Frau mit dem Knaben, der inzwischen Kaffee getrunken und Brot gegessen hatte, zu einer Nachbarin. Hier wurde er plötzlich taumelig und konnte sich nicht mehr auf den Füßen halten, so daß die Mutter ihn schleunigst in die Wohnung zurück und ins Bett bringen mußte. Der Knabe hatte heitere Delirien, lachte und redete irre und verfiel dann in einen soporösen Zustand, in welchem er wiederholt Erbrechen und Aufstoßen hatte. Ich sah den Knaben etwa 3 Stunden später. Er lag soporös da, reagierte nicht auf Anrufen, die Reflexe waren herabgesetzt, aber nicht erloschen, beim Erbrechen richtete das Kind sich auch selbst auf. Das Gesicht war gerötet, die Pupillen mittelweit, die Atmung beschleunigt und ziemlich oberflächlich, 32, der Puls klein, schnell, kaum zu zählen, 182. Die Temperatur betrug 36,4 in der Achselhöhle. Die Atemluft und das Erbrochene rochen stark nach Eukalyptusöl. Nach einigen Stunden wurde der Knabe allmählich wieder munter und erholte sich dann so schnell, daß ihm am andern Morgen nichts mehr anzumerken war. Den Urin konnte ich nicht untersuchen, da der sonst körperlich und geistig gut entwickelte Knabe noch alles unter sich ließ.“

Dieser Fall zeigt, daß Eukalyptusöl durchaus kein harmloses Mittel ist und daß es dem freien Verkehr entzogen werden müßte.
Grätzer.

Francken, Höhenklima und Seeklima. (Zeitschrift f. diätet. u. physikal. Therapie. Bd. 11. Heft 12.) Die Hauptindikation für Höhenklima bildet Blutarmut jeder Art. Am meisten eignet es sich für chlorotische Mädchen und Knaben im Alter von 13—20 Jahren.

Chronische Hautkranke, Bronchitiker und Emphysematiker befinden sich erheblich wohler, wenn sie den Sommer auf halber Höhe verbringen. Ganz vorzüglich ist das Höhenklima für Neurastheniker geeignet. Weiter fühlen sich Gichtiker, Rheumatiker und Diabetiker in einem Höhenklima wohl, wo es wenig regnet und wo kein zu schroffer Wetterwechsel stattfindet. Selbst Arteriosklerotiker, Herz- und Nierenkranke können vom Höhenklima großen Vorteil haben, vorausgesetzt, daß sie nicht über 1300 m Höhe gehen und sich die ersten Tage ruhig halten.

Das Seeklima kommt in erster Reihe in Frage für schwache, zurückgebliebene oder skrofulöse Kinder; im Sommer ist die Nordsee oder der atlantische Ozean, im Frühjahr Abbazia, im Herbst Biarritz und im Winter ein sonniges trockenes Küstenklima aufzusuchen. Rekonvaleszenten mit schweren Krankheiten, die zu schwach sind, um auf ansteigenden Wegen spazieren zu gehen, erholen sich an der See sehr gut. Für Leute, die zu starken Erkältungen neigen, eignet sich die See mehr als das Gebirge. Frauen mit Dysmenorrhoe und klimakterischen Beschwerden werden durch das Seeklima vorteilhaft beeinflußt, desgleichen stark nervöse Personen. Nervöses Asthma gehört in die Berge, katarrhalisches Asthma ans Meer. Patienten mit Gicht, Rheumatismus, Herzleiden, Diabetes und Darmkatarrhen sollten unter allen Umständen einem feuchten, kühlen Küstenklima fern bleiben. Bei Phthisikern ist es oft schwer, sich für Höhen- oder Seeklima zu entscheiden; hier fallen bestimmt die individuellen Eigentümlichkeiten in die Wagschale. Freyhan (Berlin).

Richard Levy, Differentialdiagnostische Studien über Pneumokokken und Streptokokken. (Virchows Archiv. Bd. 187. Heft 2.) Nach ausführlicher Literaturbesprechung kommt L. zu seinen eigenen Untersuchungen. Er arbeitete mit den verschiedensten Stämmen von Strepto-, Diplo- und Pneumokokken, deren morphologisches, tierpathogenes und kulturelles Verhalten er in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt hat. Hauptsächlich beziehen sich seine Untersuchungen aber auf die durch taurocholsaures Natrium in einer Konzentration von 2,5 $^0/_0$ zustande gebrachten Bakteriolyse. Er fand, daß bei den Pneumokokken Bakteriolyse eintritt, bei den Streptokokken aber nicht. Die Methode eignet sich daher neben dem Tierexperimente, das auch einwandfreie Resultate liefert, schon wegen ihrer leichten Ausführbarkeit zur Differentialdiagnose von Pneumo- und Streptokokken. Da auch beim Streptococcus mucosus Bakteriolyse eintritt, muß dieser den Pneumokokken zugerechnet werden, wie das schon andere Autoren feststellten. Mit verschiedenen Nährböden konnte L. keine weitere Differenzierung der Streptokokken vornehmen. Bennecke (Jena).

Rahel Zipkin, Über ein Adeno-Rhabdomyom der linken Lunge und Hypoplasie der rechten bei einer totgeborenen Frucht. (Virchows Archiv. Bd. 187. Heft 2.) Die Geschwulst wurde bei einer totgeborenen Frucht aus der 32.—33. Schwangerschaftswoche beobachtet. Die Mutter machte einen etwas kretinenhaften Eindruck; irgend welche erbliche Belastung ließ sich nicht nachweisen. Bei der

Geburt fand sich Hydramnios, auffällig kurze Nabelschnur und eine abnorm große Plazenta. — Mikroskopisch handelte es sich um ein Adeno-Rhabdomyom der linken Lunge, das sich wahrscheinlich durch Kombination einer adenomatösen Wucherung der epithelialen Lungenanlage mit verirrten Muskelkeimen aus den benachbarten Myotomen entwickelt hat. In den Muskelfasern ließ sich deutliche Querstreifung und Glykogen nachweisen; glatte Muskelfasern fanden sich nicht, auch wurde ein Sarkolemm um die Muskelfasern vermißt. Es liegt also ein Teratoid vor, das in einer bereits angelegten Lunge entstanden sein mußte. Für diese Annahme spricht der Befund von Bronchien und der sie begleitenden größeren Gefäße in den Tumor selbst, sowie die Form der letzteren. Ob der Umstand, daß in den Bronchien innerhalb des Tumors die quergestreiften Muskelfasern die Stelle der glatten einnehmen, für die Annahme einer eventuellen metaplastischen Entwicklung der quergestreiften aus der glatten Muskulatur zu verwerten ist, muß dahingestellt bleiben. — Z. fand in der Literatur nur einen entsprechenden Fall. Bennecke (Jena).

W. Stöltzner, Spasmophilie und Kalziumstoffwechsel. (Neurolog. Centralblatt. 1908. Nr. 2.) Verf. vertritt die Hypothese, daß der Spasmophilie eine Kalziumstauung der Gewebsflüssigkeit zugrunde liege. Voraussetzung für eine solche Ca-Stauung ist eine Insuffizienz der kalkausscheidenden Funktion des Darmes. Begünstigend muß wirken einerseits hohe Ca-Zufuhr mit der Nahrung, anderseits regenerierte Ca-Bilanz des Skeletts. Der gesunde Säugling nimmt täglich eine nicht unbeträchtliche Menge Ca mehr in der Nahrung auf, als er in seinen Exkreten ausscheidet. Dieser retinierte Kalk wird aber nicht in den Körperflüssigkeiten, sondern in den Organen, in überwiegender Weise im Skelett aufgespeichert. Solange eine genügende Menge Kalk durch das neu sich bildende Knochengewebe aus den Gewebsflüssigkeiten aufgesaugt wird, je steiler das „Ca-Gefälle" von der Gewebsflüssigkeit zu den Knochen ist, um so weniger kann in der Gewebsflüssigkeit eine Ca-Stauung eintreten. Wird aber die Umbildung verkalkungsfähigen Gewebes geringer, so kommt es — ceteris paribus — zu einer Kalkaufspeicherung in den Gewebsflüssigkeiten, und zwar um so eher dann, wenn die exkretorische Funktion der Darmschleimhaut insuffizient wird. Mit dieser Hypothese erklärt sich — nach Verf. — die Prädisposition der künstlich genährten rachitischen und darmkranken Säuglinge zur Erkrankung an Spasmophilie, erklärt sich auch die merkwürdige Erfahrung, daß bei vielen Kindern trotz reichlicher Zufuhr von Kuhmilch- oder Kalziumverbindungen keine Spasmopholie auftritt. — Einen von Cybulski mitgeteilten Stoffwechselversuch, nach welchem die Symptome der Spasmophilie sich abhängig zeigten von der geringeren Kalkretention in den Organen (also vermehrter Kalkstauung in den Gewebsflüssigkeiten) verwertet Verf. im Sinne seiner Hypothese. — Daß die Fütterung mit kalkarmer Nahrung die elektrische Erregbarkeit steigere, hat Verf. nach an 3 Hunden angestellten Versuchen nicht bestätigen können. Auch muß vermehrte Ca-Zufuhr nicht immer mit einer Steigerung der nervösen Erregbarkeit bei Spasmophilie einhergehen. Man muß eben alle Eigentümlichkeiten, welche die Spasmophilie in ihrem

Verlauf zeigt, alle die verschiedenen Bedingungen, unter denen sie gebildet und verschwindet, gleichmäßig berücksichtigen.

Artur Stern (Charlottenburg).

Hocheisen (Berlin), Ein Fall von Gonokokkämie bei einem Säugling mit Blennorrhöe. (Arch. f. Gynäk. 1907. Bd. 79. Heft 2.) Ein in der Charité-Klinik frühgeborenes Kind einer Phthisika erkrankte nach Blennorrhöe an Ödemen, eitrigen Gelenk- und Sehnenscheidenentzündungen und Lymphdrüsenvereiterung. Der Nachweis der Gonokokken wurde verschiedentlich im Eiter und durch Kultur erbracht. Allmähliche Genesung bei Muttermilch bzw. Ammenmilch. Das Anfangsgewicht von 2070 g war bis auf 1750 g gesunken und betrug nach 3 Monaten in der Genesung 2325 g.

Nach den Studien von Römer ist der Konjunktivalsack für pathogene Organismen undurchlässig, doch ist kein Zweifel, daß die blennorrhoische Konjunktiva (Deutschmann) der Ausgangspunkt für die mannigfachen Trippermetastasen ist, bzw. sein kann. Clémens Lucas stellte 23 Fälle zusammen, von denen bei 18 die Infektion bei der Geburt erfolgt war. Handelt es sich um eine Mischinfektion mit Streptokokken, so ist die Neigung zur Vereiterung größer, das Krankheitsbild ein schwereres. Die exakte Sicherung der Diagnose durch gelungene Züchtung der Gonokokken ist bis jetzt selten vorgenommen worden.

Wegscheider.

Max Schwab (Nürnberg), Zur Wiederbelebung scheintod geborener Kinder durch Schultzesche Schwingungen. (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1908. Nr. 3.) Wenn das Schultzesche Schwingungsverfahren zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener „von selbstverständlicher Gefahrlosigkeit wäre“, hätte es nicht die Schattenseiten, die Sch. ihm nachsagt: Verletzungen, starke Abkühlung, Rückgang in dauernde Asphyxie u. a. m. Deshalb empfiehlt er die von Ogata (Beiträge f. Geb. u. Gyn. Bd. XII.) angegebene Modifikation der Schultzeschen Methode, „die die Schattenseite der letzteren nicht aufweist; es fehlt das Äußerliche, das Schwingen, während das wirksame Prinzip das gleiche ist. Ogata faßt hakenförmig mit der einen Hand den Nacken, mit der andern die Knöchel des Kindes, beugt den Rumpf des horizontal gehaltenen Kindes über die untere Körperhälfte, bis der Oberkörper die Füße drückt, und geht dann wieder in die Ausgangsstellung zurück. So bewirkt er durch Kompression des Thorax Expiration, durch Strecken des zusammengebeugten Körpers Inspiration.“ Zwei besonders geeignete Fälle von Asphyxie durch Geburtstrauma ließen „nach Erschöpfung der kleineren Hilfsmittel den Wert der Ogataschen Modifikation erkennen.“

Wegscheider.

Wolff, Über rezidivierende Mastoiditis. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 54.) Die Knochenregenerationsverhältnisse im Warzenfortsatze sind bisher wenig studiert worden. An der Hand von 8 einschlägigen Krankengeschichten aus der Brühlschen Klinik erörtert Verf. dieselben. Die Knochenwunde nach der Antrotomie wird an der Oberfläche und teilweise in der Tiefe von Knochen ausgefüllt. Vorläufig ist noch nicht mit Sicherheit festzustellen, ob ein knöcherner

Verschluß des Operationstrichters stattfindet, da experimentelle und histologische Untersuchungen fehlen. Jedoch scheint das nach Operationen im Warzenfortsatz neugebildete Gewebe dem Vordringen eines Entzündungsprozesses von der Paukenhöhle weniger Widerstand zu leisten, wie der normale knöcherne Warzenfortsatz.

Für die Rezidive von Mastoiditiden kommen in Betracht 1. das Zurückbleiben latenter Keime im Warzenfortsatz; 2. eine Neuinfektion des Warzenfortsatzes von der Paukenhöhle mit stark virulenten Keimen; 3. eine Neuinfektion mit schwach virulenten Keimen, die bei der verringerten Resistenz des Warzenfortsatzes nach Operationen zur Abszedierung führen kann, wenn gleichzeitig eine schlechte Allgemeinkonstitution besteht.

A. Sonntag.

Yamaguchi (Tokio), Coloboma iridis nach oben-innen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezember 1907.) Über die Iriskolobomgenese gibt es verschiedene Erklärungen. Die fötale Entzündungstheorie erschien von vornherein gekünstelt und ist durch von Hippels Untersuchungen für das typische Kolobom endgültig widerlegt. Es ist hierdurch bewiesen, daß eine verspätete oder mangelhafte Rückbildung und Abschnürung des in die sekundäre Augenblase hineinwachsenden Mesoblasts die Ursache abgibt. Ob für die atypisch gelegenen Kolobome diese Genese ebenfalls zutrifft, ist noch unsicher. Es findet sich das Kolobom der Iris in der Regel nach unten, wo die Verbindung des Mesoblasts mit der Linsenkapsel am mächtigsten entwickelt ist und wo Störungen im Verschluß der fötalen Augenspalte gar leicht Veranlassung dazu geben können.

Der vom Verf. ausführlich mitgeteilte und abgebildete Fall eines atypischen angeborenen Iriskoloboms nach oben-innen ist sehr selten; er ist von den bisher publizierten der sechste und bietet im übrigen nichts Besonderes.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

A. Kreidl und **A. Neumann**, Über einen neuen Formbestandteil in der Milch (Laktokonien). (Aus dem physiolog. Institut in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 7.) Anläßlich einer Untersuchung auf dem Gebiete der Verdauung hat sich die Notwendigkeit ergeben, das ultramikroskopische Bild verschiedener Milcharten zu erheben.

Es wurde die Milch der Kuh, des Kaninchens, der Katze, des Hundes, des Meerschweinchens und der Frau geprüft. Andere Arten standen vorläufig noch nicht zur Verfügung.

Dabei hat sich zunächst der auffallende Befund ergeben, daß sich die Frauenmilch von allen anderen bisher untersuchten Tiermilcharten dadurch unterscheidet, daß sie ein korpuskuläres Element nicht enthält, welches sich im Dunkelfelde bei allen anderen genannten Milchsorten stets vorfindet. Bei diesen ist das Plasma nämlich dicht erfüllt von einer großen Menge kleinster Teilchen, welche sich in lebhafter molekularer Bewegung befinden, die die Verff. vorläufig

Laktokonien nennen wollen, ehe sie über dieselben etwas Genaueres auszusagen vermögen. Sie sind mit Versuchen beschäftigt, die Natur dieser Teilchen festzustellen. Grätzer.

L. Arzt und **J. Boese**, Über Paratyphusmeningitis im Säuglingsalter. (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 7.) Die Untersuchungen zeigten, daß Paratyphusinfektionen im allgemeineren Wortsinne bereits im Säuglingsalter vorkommen, aller Wahrscheinlichkeit nach vom Darmtrakte ausgehen und zur Bakteriämie führen. Besonders hervorzuheben erscheint den Verff. die durch die genannten Bakterien erzeugte, fibrinös-eitrige Meningitis und sie glauben, daß — mit Rücksicht auf die bisher beschriebene, ziemlich große Anzahl von Koli- und Typhusmeningitiden im Kindesalter — sich in der Zukunft bei Anwendung aller modernen Hilfsmittel der Bakteriologie und Serodiagnose ähnliche Befunde häufen werden. Grätzer.

P. Heims und **K. John**, Allergie und Tuberkulininfiltratproben nach v. Pirquet-Detre, 145 Fälle. (Aus der Kinderpoliklinik des Barmherzigenspitals in Budapest.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.) Untersuchungen an 140 Kindern und 5 Erwachsenen mit Tuberkulin, Humanfiltrat, Bovinfiltrat. Die — recht interessanten — Ergebnisse sind im Original nachzulesen. Grätzer.

J. Brudziński (Lodz), Über die kontralateralen Reflexe an den unteren Extremitäten bei Kindern. (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.) Bei gesunden Kindern war die Erscheinung — kontralaterale reflektorische Mitbewegungen teils identischer, teils reziproker Art — nie zu finden, wohl aber bei Kindern mit mangelhafter Allgemeinentwicklung, Mongolismus, Hemiplegie, Littlescher Krankheit, Pneumonia crouposa, Basilarmeningitis (hier bei 8 Fällen 6 mal identischer, 1 mal reziproker Kontralateralreflex). Grätzer.

H. Lehndorff, Atoxylbehandlung bei hereditärer Lues. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 11.) Es wurde jedesmal frisch hergestellte 10%ige Atoxyllösung 3 mal wöchentlich an verschiedenen Körperstellen subkutan injiziert. Begonnen wurde meist mit 2 Teilstrichen (0,02 Atoxyl) und die Einzelmenge bis 1,5 cm^3 (0,15 Atoxyl) gesteigert.

Nicht ein einziges Mal konnte eine Einwirkung des Atoxyls auf die luetischen Erscheinungen konstatiert werden, so daß die Pädiatrie keinen Anlaß hat, die bewährte Quecksilbertherapie zu verlassen. Grätzer.

J. Karlinski (Tešanj), Über eine durch Hauskatzen verbreitete Diphtherieepidemie bei Kindern. (Die Heilkunde. April 1908.) K. weist eklatant nach, daß die Epidemie von Katzen ausging und durch diese Verbreitung fand. Grätzer.

Attilio Carico, Ricerche isto-petologiche olli muscoli nel Morbo di Little prima e dopo la cura chirurgica. (La Pediatria. September 1907.) Histologische Untersuchungen an Stückchen der kontrollierten Muskeln, die er bei der zur Korrektion der deformierten Extremitäten vorgenommenen Operation entfernt hatte, ergaben,

daß die Muskeln einer langsamen Atrophie und fettigen Degeneration anheimfallen; gleichzeitig tritt eine Proliferation des interfaszikulären Bindegewebes ein. Während es sich in der ersten Zeit um eine einfache Inaktivitätsatrophie infolge kontinuierlicher Kontraktur handelt, folgt später körnige Metamorphose des Myosins, Zerfall desselben, blasige und schließlich fettige Degeneration. Der Fall entsteht in loco aus den degenerierten Muskelfasern. Verf., der als Operation stets die plastische Verlängerung der Hüft- oder Beinmuskeln macht, meint, daß die Verschiedenheit der Operationsresultate von dem mehr oder minder vorgeschrittenen Grade der Muskelatrophie abhängt. F.

Mariano Lo Re, L'albuminuria nel bombini eczematosi. (La Pediatria. September 1907.) Verf. hat an einer Anzahl von ekzematösen Kindern Untersuchungen darüber angestellt, ob im Verlauf der Ekzeme Nierenaffektionen häufig sind und ob sie in kausalem Zusammenhange mit der Hauterkrankung stehen, oder ob sie von anderen Ursachen, vielleicht von denselben, durch die jene bedingt wird, abhängen. Er hat unter 21 Fällen 12 mal (57,11 %) Albuminurie gefunden; diese Kinder litten gleichzeitig an Enteritis. Verf. meint, daß die Albuminurie größtenteils von den toxischen Produkten gastrointestinalen Ursprungs abhängt und nur zum geringsten Teil von der durch die Hautkrankheit bedingten Antointoxikation. Die Behandlung der Hautaffektion sichert nicht die Besserung der Nierenkomplikation. F.

Alfredo Villa, Sulla patogenesi della laringostenosis acuta nel morbillo. (La Pediatria. Dezember 1907.) Verf. berichtet über zwei Fälle. In dem einen ging die Laryngitis acuta dem Ausbruch des Masernexanthems voraus; es wird darauf hingewiesen, daß diese Laryngitis, die gewöhnlich 1—2 Tage der Masernerkrankung vorausgeht, sich durch ihre Schwere und die ausgesprochene Suffokativusgefahr von der gewöhnlichen Laryngitis stridula acuta unterscheidet. Im zweiten Fall trat die Komplikation seitens des Larynx erst auf, nachdem bereits der Masernexanthem verschwunden war. Das Kind starb während der Einlieferung ins Hospital unter den Erscheinungen der Asphyxie. Am Tage vorher waren 2500 I. E. Pasteursches Diphtherieserum injiziert worden. Verf. ist der Ansicht, daß die kruppösen Laryngitiden nach Masern einzig nur allein der Wirkung des Infektionsträgers der Masern zuzuschreiben seien und mit der Diphtherie nichts zu tun haben. Die Masernepidemien, die Verf. in Genua beobachtet hat, zeichneten sich zum Teil durch die Häufigkeit (18—26 %) und Schwere der Larynxkomplikationen aus. F.

V. Nalli, Bakterizide Wirkung der Fäzes des normalen Säuglings. (Rivista di Clinica pediatria. 1907. Anno VI. Nr. 2.) Durch eine mehrfache Reihe Erfahrungen hat der Verf. die bakterizide Wirkung der Säuglingsfäzes geprüft.

Seinen Prüfungen nach glaubt sich der Verf. anzunehmen berechtigt:

1. Die Säuglingsfäzes besitzen einen gegenüber den verschiedenen Infektionserregern schwankende bakterientötende Kraft.

2. Diese Wirkung hängt teils von der Säurereaktion des Raumes, teils von der Anwesenheit bestimmter Stoffe ab.

3. Diese Stoffe, die wahrscheinlich zum Teil aus der saprophytischen Flora abstammen, gehören der thermolabilen Stoffreihe an, deren Bruchteil auch das Porzellanfilter durchdringt.

4. Man muß annehmen, daß die Wirkungsart des bakteriziden Vermögens der Fäzes eine bakteriolytische sei. Autoreferat.

Kirmisson (Paris), De l'invagination intestinale chez les jeunes enfants. Nécessité d'un prompt diagnostic et d'un traitement immédiat. (Académie de méd. Séance du 25. juin 1907.) In diagnostischer Beziehung halte man sich vor Augen, daß jeder Säugling, welcher Blut durch den Mastdarm entleert, an heftigen Koliken und Erbrechen bei gleichzeitigem Bestehen von intestinalen Obstruktionserscheinungen leidet, mit höchster Wahrscheinlichkeit eine Darminvagination hat. Solche Kinder sind nur durch rasches Eingreifen zu retten, da die Krankheit, sich selbst überlassen, unfehlbar zum Tode führt. Die rationellste Behandlung ist die Laparotomie, wodurch das Hindernis direkt behoben werden kann. Nur falls die Ausführung derselben unmöglich ist, versuche man durch reichliche Klysmen das invaginierte Darmstück zurückzudrängen. Trotzdem es also nach den erwähnten prägnanten Symptomen scheinen würde, daß die Darminvagination bei Säuglingen leicht erkannt werden sollte, muß doch gesagt werden, daß diese Krankheit im allgemeinen entweder gar nicht, oder viel zu spät, wenn jedwede Hilfe unmöglich ist, erkannt wird. So hat der Verf. im Laufe von 18 Jahren alle Kinder, welche mit derselben behaftet auf chirurgische Abteilungen gebracht wurden, sterben sehen, mit Ausnahme eines einzigen, bei dem die Laparotomie 6 Stunden nach Beginn der Erscheinungen ausgeführt werden konnte. E. Toff (Braila).

J. Lignières, Un nouveau mode de réaction de la peau à la tuberculine et son utilisation dans le diagnostic de la tuberculose. (Académ. des sciences. Paris, séance du 28. Oct. 1907.) Die Untersuchungen des Verf.s haben gezeigt, daß man bei Tuberkulösen eine spezifische Hautreaktion durch Tuberkulin auch ohne Vornahme einer Skarifikation hervorrufen kann und daß es hierzu genügend ist, wenn die intakte Haut mit Tuberkulin eingerieben wird, namentlich unmittelbar nach vorgenommenem Rasieren derselben. Innerhalb 24 Stunden erscheint die Reaktion, doch muß man reines Tuberkulin und nicht mit Wasser gemischtes benützen.

Man kann diese Kutireaktion öfters hintereinander und nur nach kurzen Zeitintervallen hervorrufen, auch wird dieselbe keineswegs beeinflußt, falls gleichzeitig auch eine Tuberkulineinspritzung vorgenommen wird.

Der Verf. schlägt für die Reaktion bei intakter Haut die Bezeichnung Kutireaktion vor und möchte die v. Pirquetsche Probe als Dermoreaktion bezeichnen. E. Toff (Braila).

Calmette, L'ophthalmo-diagnostic de la tuberculose et son rôle dans la lutte sociale antituberculeuse. (Académie

de médecine. Séance du 14. Janvier 1908.) Der Verf. hebt hervor, daß in der kurzen Zeit, seit er seine Methode der Ophthalmodiagnose der Tuberkulose bekannt gemacht hat, dieselbe von zahlreichen Ärzten erprobt worden ist, wobei es sich herausgestellt hat, daß der Vorgang für die betreffenden Patienten vollkommen gefahrlos ist und mit fast absoluter Genauigkeit erlaubt, latente oder beginnende Tuberkulose schon dann zu erkennen, wenn dieselben noch durch kein klinisches Zeichen in Erscheinung treten. Diese Untersuchungsmethode kann daher als Basis für einen sozialen antituberkulösen Kampf angenommen werden. Vor allem soll hervorgehoben werden, daß die Neugeborenen tuberkulöser Mütter die Augenreaktion auf Tuberkulin nicht zeigen, während dieselben bei den betreffenden Müttern deutlich ausgeprägt ist. Wieder ein Beweis also, daß die Kinder tuberkulöser Eltern nicht tuberkulös infiziert auf die Welt kommen. Setzt man aber diese Untersuchungen in systematischer Weise bei diesen Kindern fort, so bemerkt man, daß bereits im Alter von 1—2 Jahren 3,42% derselben eine positive Ophthalmoreaktion zeigen, also bereits infiziert worden sind. Von 2—5 Jahren findet man bereits 5,26% kontaminiert, von 5—10 Jahren 13,54% und von 11—15 Jahren 14,96%. Die Kinder werden also durch den familialen Kontakt tuberkulös, und es wäre genügend, dieselben alle 3 Monate etwa der Augentuberkulinprobe zu unterwerfen, um den Zeitpunkt genau feststellen zu können, wann die Infektion begonnen hat. Dann ist der Zeitpunkt gekommen, diese Kinder aus ihrer Familie zu entfernen und so lange auf dem Lande oder in maritimen Sanatorien Aufenthalt nehmen zu lassen, bis man die vollständige Heilung der noch in den ersten Anfängen befindlichen Tuberkulose bei denselben durch die erwähnte Reaktion hat feststellen können. Das Zurückbringen in die Familie wäre dann nicht mehr gefährlich, falls man die von Marfan und Verf. ausgesprochene Ansicht als richtig annimmt, daß die vollständige Heilung eines alten tuberkulösen Herdes eine Immunität für diese Krankheit verleiht. In gleicher Weise ist die Ophthalmoreaktion auch berufen, in der Armee und Marine wertvolle Dienste zu leisten.

E. Toff (Braila).

Fernand Arloing (Paris), Sur le mécanisme de l'oculo-réaction à la tuberculine. L'oculo-reaction est-elle spécifique? (Société de biologie. Séance du 25. Janvier 1908.) Ausgehend von dem Gedanken, daß die Ophthalmoreaktion hauptsächlich bei solchen Personen zustande kommt, bei denen der Organismus mit irgend einem Toxin gesättigt ist, falls derselbe vasodilatatorische Eigenschaften besitzt, hat Verf. eine Reihe von diesbezüglichen Untersuchungen vorgenommen und nachgewiesen, daß bei nicht tuberkulösen Kaninchen, die entweder mit Tuberkeltoxin oder mit solchem von Typhus-, Diphtheriebazillen oder Streptokokken in progressiver Weise imprägniert wurden, die Ophthalmoreaktion gerade so positiv ausfällt, wie bei tuberkulösen Tieren. Das Typhustoxin verleiht den Tieren sogar eine viel größere Empfindlichkeit für die Instillation von Tuberkulin im Auge, wie das Tuberkeltoxin selbst. Eine ähnliche Wirkung kann mit dem Streptokokkentoxin, wenn auch etwas langsamer, erzielt werden.

Aus diesen Untersuchungen wäre also der Schluß zu ziehen, daß die Calmettesche Ophthalmoreaktion keinerlei spezifischen Wert hat und der positive Ausfall derselben nicht zweifellos den Schluß auf bestehende Tuberkulose zuläßt.

E. Toff (Braila).

J. Hallé, Sur une forme insolite de dilatation bronchique de l'enfant, dilatation bronchique à revêtement du type syncitial. (Arch. de méd. experim. et d'anatomie pathol. März 1907. Nr. 2. S. 214.) $2^1/_2$ jähriges Kind, am 26. Februar 1900 mit einer Bronchopneumonie in das Hospital eingetreten. Mit 16 Monaten hatte es eine Bronchitis von 2 monatiger Dauer. Vor etwa 15 Tagen stellte sich hartnäckiger Husten mit schleimigen Auswurf ein. Abmagerung. Fieber, dann eitrige Expektoration. Blässe, keuchende Atmung. Vorwölbung und Immobilität der linken Brusthälfte, Interkostalräume dilatiert, tympanitischer Perkussionsschall, amphorisches Atmen. Herz nicht verdrängt. Man nimmt eine in die Bronchien durchgebrochene eitrige Pleuritis an. Mehrfaches Erbrechen. Am 27. Februar erscheint der Pneumothorax sicher. Am 28. Probepunktion ohne Resultat. Neues Erbrechen. Am 5. März ergibt eine wiederholte Punktion Eiter. Am 7. März Entleerung von 100 g Eiter nach Rippenresektion. Temperatur 39,8. Allgemeinzustand schlecht, Tod am 11. März. Autopsie: Keine eitrige Pleuritis, linke Lunge voluminös, ohne Adhärenzen. Incisura interlobularis frei. Die durch die Operation eröffnete Höhle war nichts anderes als eine Dilatation der Bronchien des Unterlappens, der von Hohlräumen wie durchlöchert aussieht. Die operierte Höhle stellt eine ausgezogene, ovoide, hühnereigroße, glattwandige Tasche vor, die durch eine gänsekieldicke Öffnung mit einem großen Bronchus kommuniziert. Unterhalb dieser Höhle findet sich eine zweite, von der Größe einer Mandarine; von Strängen und pfeilerartigen Bildungen durchzogen, hat sie dadurch das Aussehen eines Herzventrikels erhalten. Zwischen den Höhlen induriertes und sklerosiertes Lungengewebe, im ganzen das Aussehen von Schweizerkäse. Keine Tuberkulose. Nach der histologischen Untersuchung handelt es sich um Erweiterungen von Bronchien mit Zylinderepithelauskleidung. An den Vergrößerungen besteht die Auskleidung aus Zellen, die dem geschichteten Pflasterepithel gleichen. In den kleinen Dilatationen macht die Epithelauskleidung den Eindruck papillomatöser Exkreszenzen, da und dort finden sich bis zu 20 Lagen übereinandergeschichteter Zellen. Die histologische Untersuchung ergibt, daß es sich um eine Bronchienerweiterung eines besonderen Typus handelt mit Plasmodie der Auskleidung und Riesenzellen von epithelialem Typus um ein Gewebe, das ganz mit dem Synzitium der Plazenta, der Molen oder des Deziduoms identisch ist.

H. Netter (Pforzheim).

Huber, Lobärpneumonie mit ungewöhnlicher Temperatur. (Arch. of Pediatrics. April 1907.) Die Morgentemperatur bewegte sich bei dem 17 Monate alten Kind 10 Tage lang zwischen 36,7 und 38,1, die Abendtemperatur zwischen 40,2 und 41,8. Dann erfolgte ein subkritischer Abfall und Genesung. Keine Plasmodien. Die Pneumonie betraf ausschließlich den Oberlappen der rechten Lunge.

H. Netter (Pforzheim).

Stanley Hodgson, Ein Fall von tuberkulöser Zerebrospinalmeningitis. (Lancet. 3. August 1907.) Als Verf. das 3jährige Kind am 4. Juli zum ersten Male sah, war dasselbe seit 14 Tagen krank, hatte geringes Fieber und etwas Verstopfung. In der Nacht mußte das Kind vor Leibschmerzen laut aufschreien. Am nächsten Tag war der Zustand der gleiche. Es stellte sich dann große Reizbarkeit ein, Berührungen brachten das Kind zum Schreien. 1—2 Tage später traten Taches cérébrales auf, der Patellarreflex war links gesteigert. Der linke Arm wurde oft über den Kopf geschleudert. Puls 90, Temperatur 100° F. Am 7. Juli war das Kind schläfrig aber frei von Schmerzen. Kernigsches Symptom deutlich vorhanden. Am nächsten Tag konnte das Kind nicht schlucken. Um die Mittagszeit trat ein Anfall ein mit ausgesprochener Nackenstarre und tetanischen Bewegungen in Armen und Beinen. Die Krämpfe dauerten bis zum 10. Die Starre der Nackenmuskeln hatte aufgehört. Links fehlte der Patellarreflex, rechts war er sehr schwach, die Pupillen lichtstarr, Temperatur zwischen 104° und 105°. Die Retraktion des Kopfes wurde nunmehr sehr ausgesprochen und es trat völliges Koma ein. Eine am 11. vorgenommene Lumbalpunktion ergab eine nichteitrige, blutiggefärbte Flüssigkeit. Am gleichen Abend stieg die Temperatur auf 107° F., der Puls auf 170 Schläge, und am 12. morgens trat der Tod ein. Die bakteriologische Untersuchung ergab nicht den vermuteten Diplococcus intracellularis, sondern den Tuberkelbazillus in spärlichen Exemplaren. H. Netter (Pforzheim).

K. von Ruck, Der Einfluß einer tuberkulösen Aszendenz auf die Prognose der Lungentuberkulose. (Américan Journal of the med. sciences. August 1907.) Lange Zeit hat man der Heredität eine wichtige ätiologische Rolle bei der Lungentuberkulose zugeschrieben, indem sie nicht nur den Ausbruch dieser Krankheit begünstige, sondern auch einen fatalen Einfluß auf die Prognose ausüben sollte. In den letzten Jahren ist diese Ansicht sehr erschüttert worden. Verschiedene Autoren haben in der Tat den Nachweis zu erbringen gesucht, daß, selbst die Existenz einer erblichen Disposition für die Tuberkulose angenommen, daraus noch keineswegs folgt, daß dieser Faktor notwendigerweise die Heilungschancen verringert; einige — und besonders Reibmayr — sind noch weiter gegangen und behaupten, daß die tuberkulöse Aszendenz ganz im Gegenteil einen günstigen prognostischen Faktor darstellt, indem die Tuberkulose der Aszendenz zugunsten der Deszendenz eine Art erworbener Immunität, einer spezifischen Resistenz schafft, die um so wirksamer sein soll, je vollständiger die „Tuberkulisation“ der früheren Generationen war. Verf. hat nun nach dieser Richtung hin eine Statistik über 1514 Fälle von Lungentuberkulose aufgestellt, die zuletzt im „Winyab Sanitorium“ in Asheville behandelt wurden. Von diesen 1514 Kranken boten 481, i. e. 31,77 % hereditäre Antezedentien. Hinsichtlich der Heilresultate verteilen sich die Fälle folgendermaßen: 768 Kranke, davon 248, i. e. 32,29 % mit tuberkulöser Aszendenz, haben die Anstalt augenscheinlich geheilt verlassen; in dieser Gruppe waren 255 in der ersten Krankheitsperiode, davon 31,37 % mit tuberkulöser Aszendenz, 357 in der zweiten Periode, darunter 108 (30,25 %) mit hereditären Ante-

zedentien, und 156 in der dritten Periode, darunter 38,46 % mit tuberkulöser Aszendenz. — Unter 559 gebesserten Fällen notierte man 186, i. e. 33,27 % mit hereditären Antezedentien, 8 unter 27 Fällen in der ersten Periode, i. e. 29,63 %, 77 auf 239 Kranken der zweiten Periode (32,22 %) und 101 auf 293 in der dritten Krankheitsperiode (34,47 %); — auf 187 stationär gebliebene und schlimmer gewordene Fälle kommen solche mit hereditärer Antezedenz 47 mal (25,13 %), 2 mal auf 10 Fälle der zweiten Periode (20 %) und 45 mal auf 177 in der dritten Periode (25,42 %). Bei Betrachtung der Gesamtzahl von 1327 geheilter oder gebesserter Phthisiker erkennt man, daß 434 unter ihnen oder 32,63 % hereditäre Antezedentien hatten, während bei den 187 nicht gebesserten Fällen die Proportion der Kranken mit tuberkulöser Aszendenz nicht 25,13 % überschreitet; mit anderen Worten, es besteht eine Differenz von 7,5 % zugunsten eines günstigen Einflusses, der von der tuberkulösen Aszendenz auf die Tuberkulose der Deszendenz ausgeübt wird. Ohne Zweifel ist diese Differenz nicht beträchtlich genug, um die extreme Ansicht Reibmayrs allgemein teilen zu können. Ganz wie die analogen Daten von Turban, Weicker, Hamel und King, zeigt auch die Statistik, daß die Tuberkulose der Aszendenz an sich die Prognose der Phthise nicht zu verfinstern vermag. H. Netter (Pforzheim).

Pinkhof, Untersuchung hinsichtlich Kindersterblichkeit unter der ärmeren Bevölkerung in Amsterdam. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. Bd. I. S. 1174.) Zu diesem Zwecke wurden die eingeschriebenen Schwangeren befragt nach Zahl der Aborte und totgeborenen Kinder, Zahl der gestillten Kinder und die Dauer des Stillens; Zahl der ausschließlich künstlich ernährten, Zahl der von beiden Kategorien gestorbenen und der unter dem ersten Lebensjahre gestorbenen, ob sie an Darmkrankheiten oder anderen Krankheiten gestorben sind.

Aus seinen Untersuchungen ergab sich, daß die weitverbreitete Meinung, daß bei Zunahme der Kinderzahlen die Sterblichkeit zunimmt, nicht richtig sei.

Die Kindersterblichkeit unter den Armen ist ziemlich günstig. Am günstigsten im Judenviertel, wo, obgleich da die Wohnungsverhältnisse am schlechtesten sind, die natürliche Ernährung ziemlich die Regel ist. Sobald in diesem Viertel in einer Familie die künstliche Ernährung überwiegt, steigt auch da die Mortalität zu den ungünstigsten Ziffern.

Die Mortalität (auf 100 Lebendgeborene) im ersten Lebensjahre schwankte in den verschiedenen Vierteln zwischen 6,1 und 19,3. Sie wechselte unter den Brustkindern zwischen 3,5 und 20,5 % und von 13—40,3 % bei den Flaschenkindern. Die Mortalität an Darmerkrankungen war bei den Brustkindern 4,4 % und bei den Flaschenkindern 14,1 %. Graanboom.

Cyfer, Zur Bekämpfung des Scharlachs. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. Bd. I.) Ebensowenig wie gesetzliche Verordnungen, haben die Desinfektionsmaßnahmen einigen Einfluß auf die Weiterverbreitung des Scharlachs, Keuchhustens und der Masern ausgeübt.

Aus dem statistischen Bericht, welcher C. zur Verfügung steht, ergab sich, daß in den letzten Jahren die Scharlachfälle zunehmen. Die Zahl der durch Scharlach infizierten Wohnungen in Amsterdam war 1905 pro 100000 Wohnungen 121. Die Mortalität betrug 1904 4%.

Die leichteren Fälle werden öfters nicht erkannt, so daß Patienten umherlaufen und infizierend wirken.

Viele Fälle von sogenannter vierter Krankheit sind richtig Scharlachfälle, welche, weil sie nicht diagnostiziert sind, zur Ansteckung Anlaß geben.

So berichtet C. über 2 Fälle von Scharlach, entstanden nach Kontakt mit Patienten an vierter Krankheit. C. ist darum der Meinung, daß der gewissenhafte Arzt jeden Fall von vierter Krankheit auch als Scharlachfall behandelt.

Die Krankheit bleibt sehr lange infektiös. Es ergab sich, daß 1—4½% der aus den Krankenhäusern Entlassenen zur Infektion geführt haben. Diese späte Infektion geschieht hauptsächlich durch Patienten, die mit Hals-, Nasen- und Ohrleiden behaftet sind und wahrscheinlich in diesen kranken Organen längere Zeit sehr virulente Bazillen tragen.

C. resümiert, daß zur Bekämpfung des Scharlachs wichtig ist: 1. frühe Diagnose der leichteren Fälle, 2. die sogenannte vierte Krankheit sollte in der Praxis als Scharlach behandelt werden, 3. schnelle Isolierung und Desinfektion, 4. isolierte Verpflegung während mindestens 4 Wochen und sorgsame Behandlung der Affektion von Hals, Nasen und Ohren.

Graanboom.

E. Sterian (Bukarest), Die Wirkungen des Meerwassers in subkutanen Einspritzungen bei Menschen. (Spitalul. 1907. Nr. 24.) Der Verf. hat reines, sterilisiertes Meerwasser in subkutanen Einspritzungen bei ausgesprochener Lungentuberkulose angewendet und sehr befriedigende Erfolge erzielt.

Das Mittel wird gut vertragen, nur ist jede Einspritzung nach einigen Stunden von einer vorübergehenden Temperaturerhöhung (1—1½°) gefolgt, die als marine Reaktion bezeichnet wird. Die angewendete Dosis betrug 50—250 g für eine Einspritzung, und ist es angezeigt, mit einer kleinen Dosis zu beginnen und entsprechend der Angewöhnung des Patienten auch die Menge des eingespritzten Meerwassers zu vermehren. Die Einspritzungen üben eine stimulierende Wirkung auf die Ernährung aus, das Körpergewicht wächst und das Allgemeinbefinden bessert sich; ferner eine dekongestionierende Wirkung auf die tuberkulösen Herde, und außerdem ist bei Patienten mit Hämoptoe auch eine blutstillende Wirkung zu bemerken.

Die Erklärung des günstigen Einflusses, welchen die in Rede stehenden Injektionen auf den Organismus ausüben, wäre darin zu suchen, daß dieselben die Alkaleszenz der Gewebe und speziell der Leukozyten vermehren, folglich dieselben elektro-negativ laden und dadurch die Ausscheidung der Toxine und Mikroben begünstigen. Diese ursprünglich von A. Poehl mit Bezug auf die Immunisation des Organismus ausgesprochene Meinung wäre also auch zur Erklärung der pharmako-dynamischen Wirkung des Meerwassers heranzuziehen.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 9. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte.

Frankfurt a. M., 15. Dezember 1907.

Von

Dr. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.).

(Schluß.)

Feer berichtet über seine **Erfahrungen mit der kutanen Tuberkulinprobe** (v. Pirquet) **an der Heidelberger Kinderklinik.**

Bis jetzt wurden 50 ambulante und 344 stationäre Fälle geimpft, meist mit 25 %, zum Teil auch mit purem Alttuberkulin Koch.

Von den 344 Fällen haben 65 = 19 % positiv reagiert, in steigendem Maße von 0 % im ersten Semester bis zu 57 % zwischen 10 und 15 Jahren.

Von 25 klinisch sicher Tuberkulösen haben 24 reagiert. Nicht reagiert hat ein kachektisches Mädchen mit Peritonitis tub.

Von 28 Tuberkuloseverdächtigen haben 14 reagiert.

Von 291 Unverdächtigen reagierten 27 = 9 %, darunter nur sehr wenige in den ersten Jahren.

Von 112 Säuglingen reagierten nur 3, von denen 2 bereits gestorben sind und Tuberkulose ergaben (nachträglich auch der dritte).

Von 21 Geimpften, die starben, hatten 18 nicht reagiert, bei diesen Sektion negativ. 3 ergaben Tuberkulose, davon hatte nicht reagiert das Mädchen mit Periton. tub.

Einmal war die Reaktion von (starkem) Fieber begleitet. F. empfiehlt, von vornherein mit 25 % und purem Tuberkulin zu impfen. Einmal trat eine Phlyktäne 8 Tage nach der Impfung auf, einmal 10 Tage nach Ophthalmoreaktion. Bei wiederholter Impfung nahe der ersten Stelle flammten öfters die primären Reaktionen wieder auf. Ziemlich oft war auch bei nahe angelegter zweiter Impfung die zweite Reaktion verstärkt. Bei vollständig negativer erster Impfung blieb auch die unmittelbar daneben angelegte sekundäre Impfung selbst mit purem Tuberkulin negativ.

Die Ophthalmoreaktion wurde in 50 Fällen ausgeführt, wobei 1 % Tuberkulin weniger deutliche Resultate ergab wie kutane Impfung mit 25 %.

F. bevorzugt entschieden für Kinder die kutane Impfung; die konjunktivale ist bei skrofulösen Kindern zu vermeiden. Da, wo die erste Konjunktivalprobe mit 1 % negativ geblieben war, blieb es auch die zweite, im Gegensatz zu den Beobachtungen Cohns an Erwachsenen.

Die Beobachtungen an der Heidelberger Kinderklinik haben durchwegs die Angaben v. Pirquets bestätigt und den hohen Wert der kutanen Probe dargetan.

Diskussion. Curschmann (Mainz): Die v. Pirquetsche Reaktion ist für die Erwachsenen von geringem praktischen Wert (speziell für die Auswahl von Frühformen der Tuberkulose zur Heilstättenauswahl). Es reagierten von den geimpften, klinisch nicht tuberkulösen über 55 % positiv (nach Ophthalmoreaktion nur 21 %). Die subkutane Tuberkulinprobe ist deshalb für Erwachsene durch die Kutanimpfung noch nicht ersetzbar. Das Phänomen der „Übererregbarkeit" (R. Cohn) wurde von C. weder bei Erwachsenen, noch bei Tuberkulösen je beobachtet, trotzdem bei ca. 90 Personen einen um den anderen Tag $^1/_2$ %, 1 %, 2 % und 4 % inokulierte.

C. machte die Erfahrung, daß das Gros der Tuberkulösen nicht auf $^1/_2$ und 1 %, sondern erst auf 2 und 4 % Tuberkulin reagiert.

Deutsch (Frankfurt a. M.) hat bei einer Untersuchungsreihe von 100 Erwachsenen wesentlich bessere Resultate gesehen als der Herr Vorredner. Die Differenz zwischen klinischem und Impfresultat verkleinert sich bei wiederholter Untersuchung und regt oft zur Korrektur der Diagnose an. Zu berücksichtigen bleiben einerseits Spätreaktionen, sekundäre Reaktionen, andererseits Ausschaltung der mit Tuberkulin Vorbehandelten und der an nicht spezifischen Lungenaffektionen Erkrankten. Die T.-R. erscheint demnach zur Feststellung der Tuberkulose tatsächlich von Wichtigkeit.

Die praktische Bedeutung wird allerdings eingeschränkt dadurch, daß dem

vorhandenen tuberkulösen Herd keine besondere Wichtigkeit zuzukommen braucht. So geht unser augenblickliches Bedürfnis vielleicht weniger auf Verfeinerung in der Erkennung, als nach größerer Sicherheit in der Beurteilung der tuberkulösen Erkrankungen.

Lugenbühl (Wiesbaden) macht auf die im Anschluß an die v. Pirquetsche Impfung häufig auftretenden und sehr lange bestehen bleibenden Pigmentationen aufmerksam und gibt deshalb zu erwägen, ob nicht eine andere Stelle als der Oberarm zu den Impfungen zu verwenden sei. In einem Falle glaubt er im Anschluß an die Impfung die Entwicklung eines Skrofuloderma beobachtet zu haben. Gegen die Anwendung der Ophthalmoreaktion spricht auch ihr häufig sehr flüchtiges Auftreten.

Koeppe (Gießen) kann die bisher bekannten Ergebnisse der v. Pirquet-Reaktion bestätigen: 1. klinische sichere Tuberkulose reagierte in allen Fällen; 2. von verdächtigen Fällen reagiert ein hoher Prozentsatz; 3. kachektische Fälle reagieren nicht; 4. in tuberkulösen Familien reagiert ein Teil der Familienmitglieder, ein Teil nicht.

Prozentual kann ich meine Zahlen nicht verwerten, da nicht sämtliche Besucher geimpft wurden, sondern eine Auswahl erfolgte. Jedenfalls aber war doch die Zahl der reagierenden Säuglinge im zweiten Lebensjahr eine recht große, auch im ersten Lebensjahr reagierten Säuglinge.

Feer hält es in einem Schlußwort gegenüber Curschmann für wahrscheinlich, daß bei genügender Konzentration des Tuberkulins ebenso viele Erwachsene auf die konjunktivale Probe reagieren werden wie auf die kutane Probe. Nach Analogie der Hautimpfungen ist doch anzunehmen, daß Tuberkulöse auf wiederholte konjunktivale Probe oft verstärkt reagieren werden. Im Gegensatz zu Erwachsenen ist bei jüngeren Kindern der positive Ausfall der Reaktion recht wertvoll für die Beurteilung einer vorliegenden Krankheit. Die Pigmentierung an der Reaktionsstelle verschwindet oft erst nach langer Zeit. Die positive Reaktion, welche Koeppe an dem Neugeborenen einer schwer phthisischen Mutter sah, welche makroskopisch bei der Sektion frei von Tuberkulose war, läßt sich durch Antituberkuline erklären, welche dem Fötus auf dem Blutwege von der Mutter zugeführt wurden.

Cuno stellt zwei tuberkulöse Kinder vor (allgemeine Drüsentuberkulose und Knochentuberkulose), welche mit Injektionen von Marmoreks Tuberkuloseheilserum behandelt waren, da nach den operativen Eingriffen die Wunden infolge schlechten Allgemeinbefindens nicht heilen wollten. Der Allgemeinzustand der Kinder und der lokale Befund wurden durch das Serum sehr günstig beeinflußt. Infolge zahlreicher Injektionsabszesse mußte schließlich das Serum rektal gegeben werden.

Hans Hübner (Frankfurt a. M.): **Über die Spirochaete pallida bei hereditärer Lues.** Der Vortr. geht zunächst auf die Einwände jener Autoren ein, die an der Existenz und an der ätiologischen Bedeutung der Luesspirochäte gezweifelt haben. Diese Einwürfe sind heute sämtlich als widerlegt zu erachten. Die Spirochaete pallida wird allein bei Lues, und zwar in ihren sämtlichen Erscheinungsformen gefunden. Die Ergebnisse der Untersuchungen bei der hereditären Lues werden eingehender referiert. Demonstration der Spirochaeta pallida mit dem neuen Dunkelfeldkondensor von Leitz (Wetzlar).

Bartenstein (Kreuznach): **Über die paravertebral-hypostatische Pneumonie der Säuglinge mit Demonstrationen.** Nach einer kurzen Schilderung der klinischen Symptome dieser sekundären Pneumonie unter besonderer Betonung eines wichtigen diagnostischen Symptomes, des hochgewölbten Brustkorbes, und nach kurzer Beschreibung der makroskopischen Befunde an der Leiche wird die paravertebrale Lokalisation hervorgehoben. Der mikroskopische Befund ergibt namentlich in den Anfangsstadien eine starke Hyperämie der Lungen, insbesondere der paravertebralen Abschnitte, Blutungen und Rundzelleninfiltration. Ätiologisch können Mikroorganismen nicht herangezogen werden, da teils überhaupt keine Bakterien, teils nicht in einer sichtbaren Beziehung zu den veränderten Teilen gefunden werden konnten. Nur sekundär können sich Bakterien in den erkrankten Partien ansiedeln und das Bild verwischen und komplizieren.

Für die Genese kommt vielmehr eine im Verlaufe der zugrunde liegenden Ernährungsstörung einsetzende Zirkulationsstörung in Betracht, deren häufiges Vorkommen auch die klinische Beobachtung ergibt.

Die eigentümlichen physiologischen Verhältnisse und die Pathogenese der Ernährungsstörungen beim Säugling lassen leicht miteingreifende Veränderungen sich daran anschließen, wie Stauung im kleinen Kreislaufe, Hyperämie der Lungen, Blutungen und Hypostase. Weiterhin entwickelt sich auf der Basis von starker Wasserabgabe durch die Lungen und von Veränderungen an den Gefäßwänden stellenweise eine Stase, die notwendig zu einer kleinzelligen Infiltration führt.

Es wird ausdrücklich betont, daß die paravertebral-hypostatische Pneumonie nicht in der Agone sich entwickelt, sondern bereits vorher, da sie auch ausheilen kann; sie kann auch in der Agone entstehen, da dieselben Bedingungen vorhanden sind.

Der Einwand Rickers, der Übergänge von Stauung, Stase und Entzündung nicht anerkennt, wird damit zurückgewiesen, daß sich Vortr. auf die Auseinandersetzungen von Lubarsch in dessen „Allgemeiner Pathologie“ stützt.

Diskussion. Feer (Heidelberg): Der wichtige Nachweis, daß die paravertebrale Pneumonie der Säuglinge in ihrem Wesen auf Stauung und Hypostase beruht, wird auch durch die klinische Beobachtung gestützt. Es ist augenfällig, wie sehr viel mehr Säuglinge, die anhaltend im Bett liegen, zu paravertebraler Pneumonie neigen oder solcher erliegen, wogegen häufiges Aufnehmen und Herumtragen prophylaktisch und bessernd wirkt.

Rosenhaupt: Die Ansicht Bartensteins, daß eine Anhydrämie als Folge eines Wasserverlustes des Gesamtorganismus für die Entstehung einer hypostatischen paravertebralen Pneumonie in Betracht kommt, erklärt mir die Zweckmäßigkeit von mir schon lange geübter systematischer rektaler Infusion physiologischer NaCl-Lösung auch bei chronischen Ernährungsstörungen, die ja auch als Komplikation die geschilderte Form der Pneumonie zeigen, vor allen Dingen aber bei akuten Erkrankungen der verschiedensten Art, die dieselbe Neigung zeigen.

J. Lossen: **Über Leukämie im Säuglingsalter.** Vortr. beschreibt zwei in der Heidelberger Kinderklinik beobachtete Fälle von leukämischer Erkrankung im 7. bzw. 14. Lebensmonat. Sie waren — wie alle bisher genau untersuchten Fälle von gemischtzelliger Leukämie des Säuglingsalters — durch hochgradige Anämie, durch reichliches Auftreten von kernhaltigen Erythrozyten, sowie durch geringe Beteiligung der Eosinophilen und Mastzellen von dem klassischen Bilde der myeloiden Leukämie verschieden. Nach den spärlichen bisherigen Beobachtungen müssen die leukämischen Erkrankungen der Säuglinge zu den atypischen Leukämien gezählt werden, hingegen erscheint es nicht berechtigt, sie sämtlich als akute Leukämien zu betrachten. Ein Teil der als Anaemia splenica s. pseudoleucaemica infantum beschriebenen Fälle steht jedenfalls in naher Beziehung zu ihnen. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt an anderer Stelle.)

E. Großmann: **Über die operative Behandlung der Hernien im Kindesalter.** G. berichtet über 111 selbst ausgeführte Bruchoperationen (90 Leistenbrüche, 21 Nabelbrüche) bei Kindern, darunter befanden sich über ein Drittel Säuglinge. G. tritt der vielfach noch verbreiteten Anschauung entgegen, daß die Radikaloperation im Säuglingsalter besondere Gefahren bedinge, wogegen seine eigenen Erfahrungen, sowie die glänzenden Erfolge namhafter französischer und englischer Operateure sprechen. Unter seinen eigenen 111 operierten Fällen ist stets völlig reaktionslose Heilung eingetreten (Anwendung des in der Münch. med. Wochenschrift, 1904, Nr. 50, beschriebenen Urinfängers zur Nachbehandlung!). Gerade bei Säuglingen verlief die Operation stets vollkommen glatt, da in den meisten Fällen die einfache Ligatur und Versenkung des Bauchsacks genügt. Unter 11 in einer Sitzung beiderseits operierten doppelseitigen Leistenbrüchen befanden sich 4 Säuglinge von 10 Wochen, 3, 4 und 7 Monaten, die Eingriff spielend überstanden.

G. ist der Ansicht, daß das Bruchleiden gerade bei kleinen Kindern infolge der fast stets nachweisbaren Verdauungsstörungen mit ihren unabsehbaren Folgen viel ernstere Gefahren in sich birgt, als gewöhnlich angenommen wird. Diese Verdauungsstörungen werden durch die Operation prompt beseitigt. Auch auf das sonstige Befinden der Kinder hat die Radikaloperation oft den denkbar günstigsten Einfluß.

Sie sollte daher unbedenklich, auch bei Säuglingen, in Anwendung kommen, wenn eine zweckmäßig geleitete konservative Behandlung (Heftpflaster, Bandagen) nicht bald zum Ziele führt und so die Kinder infolge ihres Bruchleidens allerlei Schädigungen ausgesetzt sind.

Diskussion. Rothschild (Frankfurt a. M.) fragt, ob der Vortr. keine Rezidive gesehen hat. Er ist kein prinzipieller Gegner der Operation, aber er glaubt, daß wohl gut 90 % der Leisten- und Nabelbrüche ohne jeden Eingriff — ja selbst, wenn absolut nichts geschieht — heilen.

Rosenhaupt (Frankfurt) empfiehlt das Anlegen eines Leistenbruchbandes im Säuglingsalter und weist darauf hin, daß das sogenannte amerikanische Baumwollbruchband (in den „Grenzgebieten" beschrieben) die vom Vortr. geschilderten Unannehmlichkeiten nicht hat und fast immer zu einer Spontanheilung führt.

Koeppe (Gießen): Nabelhernien sind so häufig und heilen unter richtigem Heftpflasterverband innerhalb des ersten Lebensjahres so gut, daß im ersten Lebensjahr man wohl meist ohne Operation auskommt.

Feuchtwanger (Frankfurt a. M.) betont demgegenüber, daß unter Pflasterbehandlung nicht alle Nabelbrüche heilen.

Hierzu bemerkt G., daß er bei einer größeren Anzahl von operierten Fällen, die er nachzuuntersuchen Gelegenheit hatte, nichts von einem Rezidiv bemerkt hat. Die Disposition dazu ist schon durch die anatomischen Veränderungen im Verlaufe des Leistenkanals, wie sie sich durch das Wachstum ergeben, sicher eine sehr geringe.

Daß die Heilung eines Leistenbruches unter einer Bandage unter Umständen eine sehr trügerische sein kann, beweist ein von dem Vortr. operierter 14 jähriger Junge, der von Geburt an eine Bandage trug. Der Bruch war scheinbar lange Jahre geheilt, so daß Patient im 13. Lebensjahre die Bandage wegließ. Im Anschluß an schweres Heben kam der Bruch nach kurzer Zeit wieder zum Vorschein.

Daß das von einem Diskussionsredner empfohlene Bruchband aus Wollsträhnen leichter anzulegen sein soll oder bessere Resultate gibt, bezweifelt Vortr.

Bezüglich der Nabelbrüche betont er, daß er in den meisten seiner Fälle irgendwelche Adhäsionen in der Bruchpforte vorgefunden hat und daß bei fast allen operierten Fällen stets eine kürzere oder längere erfolglose Heftpflasterbehandlung vorausgegangen war.

Daß die meist nachweisbaren Verdauungsstörungen bei Bruchkindern sehr oft in ätiologischem Zusammenhange mit ihrem Leiden stehen, geht mit Sicherheit daraus hervor, daß die Darmstörungen im Anschlusse an die Operation prompt verschwinden.

Cuno (Frankfurt a. M.) spricht über **Ödeme bei atrophischen Säuglingen.** Er konnte im letzten Jahre 7 Fälle beobachten, von denen nur einer am Leben blieb. Diese Ödeme waren bei einem Kind durch Lues bedingt, bei den anderen waren sie wohl nur ein Symptom einer Summe von Nährschäden. Der Urin war stets frei. In einem Fall war die Kochsalzausscheidung dauernd erhöht. Bei der Sektion der Fälle fand man sulzige Durchtränkung aller Gewebe.

Entgegen der herrschenden Ansicht wurde bei vier Fällen durch erhöhte Kochsalzzufuhr (1,0 pro Tag) starke Diurese erzielt und die Ödeme zum Schwinden gebracht.

Plaut (Frankfurt a. M.): Beachtung verdienen die Ödeme, welche bei echten Atrophikern im Stadium der Reparation, also unter dem Einfluß kohlehydratreicher Kost, beobachtet worden sind. Es gibt Analogien in der internen Medizin, also Ödembildung bei einseitiger Kohlehydratnahrung. So konnte v. Noorden im Verlauf von diätetischen Haferkuren bei Patienten mit intakter Niere Ödeme sich entwickeln sehen. Auf v. Noordens Veranlassung nahm ich solche Haferkuren bei einem Patienten mit chronischer Nephritis vor: Es wurde Kochsalz retiniert, und prompt traten Ödeme auf.

Die nächste Versammlung findet auf Einladung Prof. Feers am 2. Mai in Heidelberg statt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 19. März 1908.

Neumann und Kreidl berichten über die in verschiedenen Tiermilchsorten vorkommenden, im Ultramikroskop sichtbaren Teilchen (**Laktokonien**). Die Vortr. haben 9 Milchsorten untersucht. Während alle bisher geprüften Tiermilchsorten

Laktokonien enthalten, fehlen solche bei der Frauenmilch. Leider konnten die Vortr. das Verhalten der Affenmilch nicht untersuchen.

Die Laktokonien treten bei der Katze erst nach dem Wurf, bei Ziege und Kaninchen schon vor demselben auf. Die Teilchen sind in Äther unlöslich, werden durch Pepsin und Pankreon verdünnt, durch Lab- und Säurezusatz agglutiniert. Die Teilchen sind Kasein. Ihr Vorhandensein in der Kuhmilch erklärt die Tatsache, daß das Fett derselben sich schwer ausschütteln läßt, da die Teilchen durch mechanische Behinderung den Zutritt des Äthers zu den Fettkügelchen erschwert. Löst man die Teilchen durch Lauge, so kann das Fett leicht ausgeschüttelt werden. Die Vortr. haben weiter den Vorgang der Gerinnung im Ultramikroskop verfolgt und fanden zwischen Laktokonien und Gerinnung innige Beziehung. In der Frauenmilch traten Ultrateilchen erst auf Labzusatz auf und werden bei Säurezusatz agglutiniert. Damit schwindet der Gegensatz zwischen Kuh- und Frauenmilch. Es ist also auch in der Frauenmilch Kasein, aber in einem sehr labilen Gleichgewichtszustand vorhanden.

Schick demonstriert Bilder von **Koplikschen Flecken** an der Caruncula lacrymalis bei Masern. Sie traten im Prodromalstadium zu gleicher Zeit mit den Koplikschen Flecken an der Wangenschleimhaut auf. Escherich bestätigt den Befund an zwei weiteren Fällen.

Gellhorn: **Über Ermüdungstoxin und Antitoxin (Kenotoxin, Antikenotoxin, Kenopräzipitin).** Das Kenotoxin wurde von Weichardt zuerst aus dem Muskelpreßsaft tödlich ermüdeter Tiere gewonnen, das Antikenotoxin aus dem Serum von mit Kenotoxin aktiv immunisierten Tieren. Später gelang die Darstellung des Kenotoxin durch Erschütterung von Eiweiß bei Temperaturen unter 40°, das Antikenotoxin entsteht auf dieselbe Weise aber bei Siedetemperatur. Es ist dies der erste Antikörper, der mit Umgehung des Organismus gewonnen wurde. Durch kleine Dosen von Kenotoxin werden Mäuse aktiv immunisiert und leistungsfähiger als zuvor. In großen Dosen ruft es Somnolenz, Sopor, Temperaturherabsetzung hervor, unter welchen Erscheinungen auch Tod eintreten kann.

Bei Entstehung des Antikörpers bildet sich ferner ein spezifisches Präzipitin (Kenopräzipitin), das auf natives Eiweiß nicht, dagegen auf erschüttertes Eiweiß wirkt.

Im Harn des ruhenden Menschen findet sich kein oder nur schwaches Präzipitat, nach anstrengender körperlicher Tätigkeit dagegen selbst noch in großen Verdünnungen. Vortr. hat nun bei ruhenden Säuglingen den Harn auf die Anwesenheit dieses Toxins untersucht. Seine Resultate lauten: 1. Kenotoxin tritt nicht im Urin jedes Säuglings in nachweisbarer Menge auf. 2. Säuglinge, die ein bestimmtes Krankheitsbild boten: bröckeligen, stinkenden Stuhl, Untertemperaturen, Pulsverlangsamung, Somnolenz hochgradige Atrophie, schienen stets das Gift in erhöhtem Maße abzusondern. Besserte sich das Befinden, so verschwand das Kenotoxin. 3. Brustmilchzufütterung und genügende Zufuhr von Antikenotoxin scheint das Gift dem Nachweis zu entziehen. B. Schick (Wien).

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 9. November 1906.

Oppenheimer stellt einen Knaben vor, dessen **tuberkulöse Peritonitis** durch Sonnenbäder günstig beeinflußt worden war (Besserung des Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme, Verkleinerung des Leibesumfanges).

Diskussion: Hecker empfiehlt ebenfalls die Sonnenbäder zur Behandlung chronischer Erkrankungen. Bei kühler Witterung gibt er „Zimmersonnenbäder“ und hat damit gute Erfolge bei chronischen Pneumonien und Bronchitiden gesehen.

Rommel und Seitz berichten ebenfalls von günstigen Erfolgen mit Sonnenbädern.

Pfaundler demonstriert 5 Nervenfälle aus seiner Klinik.

1. $5^1/_2$ jähriger Knabe mit **Tetanus.** Mittelschwer verlaufender Fall, der sich in mancher Hinsicht dem Bilde des „Pseudotetanus“ von Escherich nähert. In letzteren Fällen handelt es sich doch vermutlich um ursächlich dem trauma-

tischen Tetanus gleichen Erkrankungen, wobei jedoch — vielleicht infolge Einbruchs des Giftes durch die Schleimhäute (Darm) — eine geringe Giftmenge oder ein abgeschwächtes Virus auf die motorische Nervenmasse wirke.

2. 5jähriges Mädchen mit typischem **asymmetrischem Turmschädel**, beiderseitigem Exophthalmus, totaler Erblindung infolge beiderseitiger **Optikusatrophie**. Der Fall reiht sich einer ganzen Zahl gleichgelagerter Fälle in der Literatur an. Bemerkenswert ist, daß die Sehstörung vor 11 Monaten ganz plötzlich einsetzte. Es werden die pathogenetischen Beziehungen der Schädeldeformität zum Exophthalmus und zur Sehnervenläsion besprochen.

3. 10jähriges Mädchen mit dem klassischen Bilde der **Friedreichschen Ataxie**. Beginn vor Monaten. Lokomotorische und statische Ataxie der unteren, in geringerem Grade auch der oberen Extremitäten. Gang des Betrunkenen. Brach-Romberg. Choreatische Schrift. Grobe Muskelkraft erhalten, keine erkennbare Atrophie, jedoch Hyperextensionen der großen Zehe, Pes equinus und stärkere Fußwölbung rechts. Babinski. Leichte halbseitige Fazialis- und Abduzensparese. Starker Schwindel und Kopfschmerzen. Sensibilität und Sphinkterenfunktion nicht oder wenig gestört. Neben diesen der reinen Friedreichschen Krankheit eigentümlichen Zeichen findet sich aber auch Steigerung der Patellarreflexe und beginnende Optikusatrophie beiderseits, was an die verwandte zerebellare Heredoataxie gemahnt. Familiäres Auftreten nicht bekannt.

4. 2monatiges Mädchen mit **schwerer spinaler Geburtslähmung** (Verletzung am unteren Dorsalmarke durch Zerrung, Hämatomyelie, vermutlich auch traumatischer Pachymeningitis haemorrhagica). Beckenendlage, Kopfentwicklung durch Ziehen an den Beinen, wobei plötzlich ein „Knacks"- verspürt wurde. Bald nach der Geburt wurde eine Lähmung der unteren Körperhälfte bemerkt. Jetzt besteht mächtige Auftreibung des Abdomens infolge Bauchmuskellähmung, Lordose im Lendenabschnitte, die nicht etwa auf eine Wirbelverletzung zurückzuführen ist (Sitz weit unterhalb der Markläsion, Radiogramm negativ), auch nicht auf die Lähmung der Hüftstrecker oder Rückenmuskeln (sie besteht auch im Liegen), sondern gleichfalls auf die Bauchmuskellähmung. Fast komplette Lähmung aller Muskeln der unteren Extremitäten (nur der Ileopsoas teilweise erhalten). Auffallenderweise ist die Lähmung eine schlaffe, obwohl die Verletzung oberhalb der die gelähmten Muskeln versorgenden Segmente angenommen werden muß; es besteht Areflexie, beginnende Muskelatrophie und partielle Entartungsreaktion (keine deutliche Umkehr der Zuckungsformel). Dies weist auf eine komplizierende Degeneration der Vorderhörner oder Wurzeln im Lumbarabschnitte infolge Zirkulationsstörung (Bluterguß, Schwartenbildung) hin, welche sich aber nicht auf das Sakralmark fortsetzt, da kein Harnträufeln, sondern nur eine intermittierende Inkontinenz des Sphincter vesicae zu bestehen scheint und der reflektorische Tonus des Sphincter ani erhalten ist. Die Areflexie kann nicht — nach Bastian — auf eine komplette Leitungsunterbrechung im Dorsalmarke bezogen werden, da der Ileopsoas psychomotorisch innerviert wird und die Schmerzempfindung am Oberschenkel vorne (Lumbarsegment 2) beiderseits teilweise erhalten ist. Eine merkwürdige Folge der Bauchmuskellähmung (und der Lordose) ist auch eine Verlagerung beider Nieren nach vorne, wo sie leicht durch die Bauchdecken getastet werden können.

Demonstration von mikroskopischen Präparaten über die Rückenmarkveränderungen in einem völlig analogen Falle: nebst der typischen aufsteigenden Degeneration Pachymeningitis spinalis haemorrhagica proliferans, Gliose der Vorderstränge, Entartung der Wurzeln, der motorischen Nerven und der Muskeln.

5. 2jähriger Knabe mit **poliomyelitischer halbseitiger Lähmung der schiefen Bauchmuskeln** und paralytischer Bauchhernie, wie solche Fälle jüngst von Ibrahim und Hermann beschrieben wurden. Hecker (München).

Säuglingsfürsorge in München.

Hecker[1]) (München) schreibt uns: „Ende vergangenen Jahres wurde in München eine **Zentrale für Säuglingsfürsorge** gegründet, welche die sämtlichen auf

[1]) Zusatz der Redaktion: Dr. Hecker hat in den „Süddeutschen Monatsheften" (Oktober 1907) eine sehr lesenswerte Arbeit veröffentlicht, in der es heißt:

„Will man der vorhandenen Indolenz steuern, dann müßte also zunächst das



diesem Gebiete tätigen Vereine und Institute zusammenfassen soll. Sie steht dem Magistrat als Gutachterin zur Seite. Vorsitzender ist Reichstagsabgeordneter und Rechtsrat Wölzl. In den Arbeitsausschuß dieser als freie Vereinigung geschaffenen Zentrale wurden die namhaftesten Münchener Kinderärzte gewählt; in die Vorstandsschaft dieses Arbeitsausschusses, dem auch der Bezirksarzt der Stadt angehört, entsendet das Magistrats- und das Gemeindekollegium der Stadt je einen Vertreter. Die Zentrale hat in der kurzen Zeit ihres Bestehens bereits eine rege Tätigkeit entfaltet, so hat sie sich unter anderem eingehend mit der Hebammenausbildung, dem Kostkinderwesen, den Stillprämien beschäftigt.

Als erste wichtige Leistung der Zentrale ging im Januar 1908 eine Eingabe an den bayerischen Landtag hinaus mit dem Ersuchen um staatliche Abhilfe gegen die Säuglingssterblichkeit in Bayern. Die Eingabe ist ein ausführliches Memorandum von 21 großen Druckseiten mit 6 Beilagen und gibt ein anschauliches Bild der heute erstrebenswerten Maßnahmen. Der Erfolg

---

Interesse und das Verständnis für die genannte Frage in der Bürgerschaft viel intensiver als bisher geweckt werden. Ich könnte mir von einem „Verein zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit" wohl Gutes erhoffen, falls er auf breiter Grundlage volkstümlich organisiert ist, ähnlich etwa dem „Verein für Volksgesundheitspflege" oder dem „Verein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten". Ein aufklärender, kein humanitärer Verein, der vor allem die Kenntnis der vorhandenen Tatsachen hinsichtlich der Kindersterblichkeit verbreiten soll; die Kenntnis ferner dessen, was wir über ihre komplizierten und vielverzweigten Ursachen wissen; in zweiter Linie dann zeigen, wie weit eine Beeinflussung der Kindersterblichkeit möglich und schon durchgeführt ist, wo die Angriffspunkte sind und was noch zu erstreben ist. Als Hilfsmittel hierzu wären zweckdienlich regelmäßige, möglichst gemeinverständliche Vorträge mit zahlreichen anschaulich gefertigten graphischen Darstellungen, Herausgabe von Flugschriften, Zeitschriften, selbständige Ausarbeitung von Statistiken und Tabellen; zeitweilige Führungen durch bestehende Musteranstalten; periodische Veranstaltung von Ausstellungen usw.

Ein weiteres Mittel, um die Kinderfrage mehr in den Vordergrund zu rücken, wäre eine permanente Ausstellung, **ein Museum der Kinderpflege oder Kinderwohlfahrt.** Derartige Ausstellungen haben, wenn sie verständlich und zweckmäßig organisiert sind, große Anziehungskraft für alle Schichten der Bevölkerung. Die Lingnersche Ausstellung der Volkskrankheiten bleibt den Münchenern unvergeßlich. Als Vorbild, speziell für die Abteilung Säuglingspflege, kann die vorjährige vorzügliche Ausstellung für Säuglingspflege in Berlin dienen. Das Museum müßte alles enthalten, was auf die Pflege und Behandlung gesunder und kranker Kinder Bezug hat. Unter anderem:

Graphische und bildliche Darstellungen der Kindersterblichkeit und ihrer Beeinflussung durch geeignete Maßnahmen.

Graphische und bildliche Darstellungen des Baues und Wachstums des kindlichen Körpers.

Die Wichtigkeit der natürlichen Ernährung durch die Mutter; ihr Vorteil für Kind und Mutter und ihre günstige Wirkung auf die Kindersterblichkeit eines Landes. Dies besonders möglichst anschaulich.

Die wichtigsten Krankheiten des Kindes in bildlicher und modellierter Darstellung.

Die Übertragungswege und -Möglichkeiten bei Infektionskrankheiten. Nutzen des Diphtherieheilserums.

Modelle und Abbildungen von Kinderspitälern, Findelhäusern, Säuglingsheimen, Fürsorgestellen, Säuglingskrippen. Eingerichtete Krankensäle, speziell Säuglingssäle.

Alle Einrichtungen zur Gewinnung und Verteilung guter Säuglingsmilch, also Modelle und bildliche Darstellungen von Musterställen, desgl. Molkereien, von Säuglingsmilchküchen, Milchzentralen.

Das Kind im Hause. Kinderstube, Bett, Kleidung, Spielzeug usw.

Das Kind in der Schule; Schulhäuser, Schulzimmer in Modellen oder bildlicher Wiedergabe; Subsellien. Schulgesundheitspflege; Einfluß der Schule auf Wachstum, Körperbeschaffenheit, Sinnesorgane der Kinder usw.

Die Kunst im Kinderleben usw.

war eine Bewilligung von immerhin 50000 Mk. zu dem gedachten Zweck für Bayern und — was vielleicht noch wertvoller — eine Aufrollung der Frage vor dem ganzen Volk und damit unschätzbare Propaganda in weitesten Kreisen.

In der Sitzung des Arbeitsausschusses (Vorsitzender: Prof. Seitz) vom 9. April wurde beschlossen, den vom Magistrat für die Zwecke der Säuglingsfürsorge genehmigten jährlichen Zuschuß von 5000 Mk. an die hiesigen 5 Milchküchen nach Maßgabe ihrer Finanzverhältnisse und ihrer Leistungen zu verteilen. Eine baldige Erhöhung des magistratlichen Zuschusses wurde von Rechtsrat Hörburger als wahrscheinlich in Aussicht gestellt.

Von Sr. Kgl. Hoheit dem Prinzregenten wurde eine Summe von 10000 Mk. zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Bayern gestiftet. Über die Verwendung des auf Oberbayern entfallenden Teiles von 2000 Mk. vom kgl. Staatsministerium zu einem Gutachten aufgefordert, erklärte sich die Zentrale einstimmig dahin, die Summe möge zu Aufklärungszwecken und zwar in erster Linie zur Einrichtung einer Wanderausstellung der Säuglingspflege und zur Abhaltung von Wandervorträgen verwendet werden. Es solle dies den Grundstock eines dereinstigen Museums der Säuglingspflege bilden. Sie folgte damit einer seinerzeit von Privatdozent Dr. Hecker gegebenen Anregung.

Erfreulich war die Mitteilung des Rechtsrates Hörburger, daß die von der Stadt gewährten Stillprämien stark in Anspsuch genommen würden, so daß im letzten Jahr aus Stiftungsmitteln gegen 14000 Mk. verteilt wurden.

In der weiteren Diskussion wurde von mehreren Seiten darüber geklagt, daß die Hebammen sehr häufig schuld an der Unterlassung des Stillens trügen, und als Mittel dagegen Prämiierung von Hebammen für der Mutterbrust zugeführte Kinder empfohlen. Dagegen erhoben sich Bedenken ethischer und finanzieller Natur. Schließlich wurde auf Antrag von Dr. Hecker beschlossen, die Hebammen selbst zur Mitarbeit mehr heranzuziehen, und zwar zunächst durch Kooptation der Vorsitzenden des bayerischen Hebammenvereins in den Arbeitsausschuß der Zentrale.

IV. Monats-Chronik.

Der Fleischsaft Puro. In den letzten Wochen sind die Ärzte und die medizinische Presse in hohem Grade erregt worden durch die Entdeckung, daß sie jahrelang von dem Fabrikanten des „Puro“, der falsche Angaben über die Zusammensetzung seines Fabrikates gemacht hat, getäuscht worden sind. Wie Untersuchungen, die auf Veranlassung von Prof. Gruber angestellt wurden, ergaben, ist „Puro“ gar kein Fleischsaft, sondern besteht aus Fleischextrakt und Hühnereiweiß. Anderweitige Prüfungen haben dies bestätigt. Der Fabrikant sucht allerdings in „Erklärungen“ und Broschüren nachzuweisen, daß ihm Unrecht geschieht. Hoffentlich wird eine gerichtliche Untersuchung bald völlige Aufklärung schaffen. Bis dahin bringen wir — gleich vielen anderen medizinischen Zeitschriften — keine Inserate mehr über „Puro“. Die Redaktion.

Preußen. **Ergebnisse der Versuche mit den als Fußbodenanstrich empfohlenen Ölpräparaten.** Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 9. März 1908:

Nach allem, was bis jetzt die Erfahrung ergeben hat, kann die Einführung des Ölens der Fußböden in allen Schulen dringend empfohlen werden, und zwar empfiehlt sich folgendes Verfahren:

1. Das Ölen ist während der Ferien, und zwar so zeitig vorzunehmen, daß es bei Dielen aus weichem Holz — Kiefer, Tanne, Föhre — mindestens 48 Stunden, bei Dielen aus hartem Holz — Eiche, Buche — mindestens drei Tage vor Wiederbeginn des Unterrichts beendigt ist.

2. Vor dem Ölen müssen die Fußböden mit warmem Wasser und Seife oder Soda gründlich abgewaschen und völlig wieder trocken werden.

3. Das Öl ist — am besten mittels eines Wischers aus Filz — dünn und gleichmäßig aufzustreichen.

4. Zur Vermeidung eines unangenehmen Geruchs und einer unansehnlichen Färbung der Fußböden sind nur frische und möglichst farblose Öle anzuwenden.

5. Die Erneuerung der Ölung hat je nach der Stärke des Verkehrs in seltener benutzten Räumen, z. B. in Aulen, Sing-, Zeichen-, Physikklassen u. dergl. zweimal, in den übrigen Klassenräumen drei- bis vier-, auf Fluren viermal jährlich zu erfolgen.

6. Fußböden aus Stein und Treppenstufen aus Stein oder Holz dürfen nicht geölt werden.

7. In Turnhallen ist von dem Ölen in der Regel Abstand zu nehmen. Soll es ausnahmsweise geschehen, so sind die in dem Erlaß vom 18. April 1904 sub 5 aufgeführten Vorsichtsmaßregeln zu beachten.

8. Geölte Fußböden brauchen nicht feucht aufgewischt zu werden. Die täglich erforderliche Reinigung derselben kann sich auf ein Abkehren mit Piassavabesen beschränken. Ein etwaiges feuchtes Aufwischen darf nur mit ganz ausgewundenen Tüchern geschehen.

Berlin. Durch Ministerialerlaß vom 25. Januar 1908 wird angeordnet, daß beim **Auftreten übertragbarer Krankheiten in Schulen die Befugnis zur Schließung der Schulen** bzw. einzelner Schulklassen von den Schulabteilungen der Regierungen ein für allemal auf die Landräte bzw. Bürgermeister übertragen werden darf. In diesen Fällen ist jedesmal unverzüglich der betreffenden Schulabteilung Meldung zu erstatten.

— Der Kultusminister hat eine **Verfügung betr. Einführung des biologischen Unterrichts** in den oberen Klassen der höheren Lehranstalten erlassen. Der Unterricht soll ohne Erhöhung der Gesamtstundenzahl ein- bis zweimal wöchentlich stattfinden und nicht von einem besonderen Lehrer, sondern von dem Vertreter der Physik oder Chemie erteilt werden. In anerkennenswerter Weise hebt der Erlaß besonders hervor, daß es sich dabei nicht um die Vermittlung abfragbaren Wissens handelt, sondern daß durch den Vortrag des Lehrers und durch praktische Übungen das Interesse für biologische Dinge geweckt und die Anregung zu eigenen Beobachtungen gegeben werden soll.

— Über die **sexuelle Aufklärung in den städtischen Pflichtfortbildungsschulen** beriet am 4. d. M. im Rathaus unter Vorsitz des Stadtschulrates Dr. Michaelis eine Reihe von Ärzten und Schulmännern. Es ist beabsichtigt, bei der Entlassung der Schüler durch Ärzte aufklärende Vorträge halten zu lassen, wie sie bereits an anderen Lehranstalten mit Erfolg eingeführt sind. Die Einrichtung, die seinerzeit durch den Handelsminister (Erlaß vom 6. März 1907) empfohlen worden ist und die für Berlin eine Neuerung bedeutet, wird voraussichtlich in kürzester Zeit ins Leben treten.

— Die Stadtverordneten haben 15000 Mk. für die **Speisung bedürftiger Schulkinder** bewilligt.

— Die Stadtverordneten haben beschlossen, den Magistrat zu ersuchen, Erhebungen anzustellen, ob zur Überwachung der **Zahnpflege der Schulkinder** besondere Einrichtungen zu treffen seien. Ein Antrag auf versuchsweise Errichtung einer Schulzahnklinik sowie auf die Schaffung besonderer Einrichtungen für die Behandlung zahnkranker Schulkinder wurde abgelehnt.

Charlottenburg. Eine heute (fünfte) **Säuglingsfürsorgestelle** ist eröffnet worden. Nach Feststellung des Statistischen Amtes der Stadt betrug im Jahre 1906 daselbst die Säuglingssterblichkeit 14,21 %. — Die Stadt hat dem Hauspflegeverein Mittel zur Verfügung gestellt, um unbemittelten Schwangeren in den letzten Wochen vor der Entbindung kräftiges Mittagessen zu gewähren.

Schöneberg. Die Stadtverordneten beschlossen, den Magistrat zu ersuchen, in den Jahresberichten des Statistischen Amtes eine Übersicht der **Säuglingssterblichkeit** nach der sozialen Stellung der Eltern — die in Fabriken beschäftigten Mütter besonders aufgeführt — zu bringen.

Görlitz. Der Magistrat hat bei der Stadtverordnetenversammlung beantragt, für das Jahr 1908 2500 Mk. für Zwecke der **Säuglingsfürsorge** zu bewilligen.

Koblenz. Der Regierungspräsident hat die Mitwirkung der Schulärzte bei der Durchführung des **Kinderschutzgesetzes** angeordnet. Sie sollen die Kinder bei zweifelhaftem Gesundheitszustand vor ihrer Zulassung zu gewerblicher Arbeit untersuchen, ferner die gewerblich tätigen Kinder auf die Zuträglichkeit ihrer Beschäftigung prüfen.

Düsseldorf. Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf veranstaltet im laufenden Jahr an der akademischen Kinderklinik

unter Leitung von Prof. Dr. Schlossmann zwei unentgeltliche **Ausbildungs- und Fortbildungskurse** für Ärzte in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters und in der Säuglingsfürsorge. Beginn der Kurse am 15. Juni und 2. November, Dauer 14 Tage. Näheres durch die Geschäftsstelle des Vereins, Werstenerstraße 59.

Bremen. Der Senat hat bei der Bürgerschaft beantragt, aus der Max Maria Hoffmann-Stiftung 250000 Mk. dem **Kinderkrankenhaus** zuzuweisen.

Dresden. Die Ärztekammer hat beschlossen, das Ministerium des Innern und des Kultus und öffentlichen Unterrichts zu ersuchen, in geeigneter Weise durch Ärzte für **Aufklärung über sexuelle Hygiene** (Wert der Keuschheit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten) der Abiturienten zu sorgen, sowie dem Antrage eines Kurpfuschereiverbots einstimmig zuzustimmen. — Der ärztliche Bezirksverein beschloß, gegen die Bestrebungen der Krankenkassen, den Kurierzwang wieder einzuführen und die freie ärztliche Behandlung der Kassenmitglieder aufzuheben, energisch Stellung zu nehmen. — Geh. San.-Rat Dr. Chalybäus, Direktor des Impfinstituts, feierte am 28. April den 70. Geburtstag.

Gmünd (Württemberg). Die bürgerlichen Kollegien haben die Anstellung eines **Schularztes** beschlossen und dabei die eigenartige Bestimmung getroffen, daß die schulärztliche Untersuchung sich nur auf den Oberkörper erstrecken soll. Der Schularzt wird also, wenn er es mit der Innehaltung seiner Dienstvorschrift genau nimmt, nicht in der Lage sein, bei einem nervösen Kind die Kniereflexe zu prüfen oder das Vorhandensein einer tuberkulösen Peritonitis, eines Milztumors, eines Leistenbruches usw. bei den ihm anvertrauten Schülern festzustellen. Solche Bestimmungen, die einem bedauerlichen Mißtrauen gegen das ärztliche Taktgefühl zu entspringen scheinen, sollte sich kein Kollege bieten lassen; sie schaden nicht nur seinem Ansehen, sondern auch der guten Sache der Schulhygiene.

Mainz. Die Stadt hat für Schüler mit **Sprachgebrechen** besondere Heilkurse eingerichtet; von 24 Teilnehmern waren am Schluß der Kurse 17 geheilt, 1 wesentlich und 2 weniger gebessert. Für die methodische Behandlung **skoliotischer Schulkinder** sind jährlich 8000 Mk. ausgesetzt.

Braunschweig. Seit dem 1. April ist eine **Säuglingsfürsorgestelle** eröffnet, in welcher auch Still- und Pflegeprämien verteilt, sowie Milchscheine zum Zweck unentgeltlicher Milchlieferung ausgegeben werden. — Eine städtische Anstalt für schulpflichtige epileptische Kinder ist eröffnet worden.

München. Ein **ärztliches Kinderpflege- und Erholungsheim** für Knaben und Mädchen vom 4.—14. Lebensjahre hat Dr. J. H. Spiegelberg in Zell bei Ebenhausen im Isartal eröffnet.

New York. Die Gesundheitsbehörde von Georgia gibt **Diphtherieantitoxin** unentgeltlich an Patienten ab. — Das staatliche Gesundheitsamt von Pennsylvanien gibt eine Übersicht über die Anwendung des Diphtherieantitoxins im Jahre 1907. Von 4693 behandelten Fällen starben 7,9 %. Von 3015 immunisierten Personen erkrankten 34 und starben 2.

Paris. Die Regierung hat einen Gesetzentwurf betr. Einrichtung von **Hilfsschulen für Schwachsinnige** ausgearbeitet. Die Kinder von 6—17 Jahren sollen in Nachhilfeklassen der öffentlichen Volksschulen unterrichtet werden; nach ihrer Absolvierung kommen die Schüler in besondere Nachhilfeschulen, in denen auch beruflicher Unterricht erteilt wird. Kinder mit schwereren Krankheitserscheinungen können in der Anstalt wohnen.

Stockholm. Die **schwedische Nationalliga gegen die Tuberkulose** hat durch Verkauf von Wohltätigkeitsmarken in den Jahren 1905/6 etwa eine Viertelmillion Mark eingenommen.

— Ein anonymer Stifter hat der Zeitschrift Hygiea 2400 Mk. übergeben. Die Summe soll in Form von zwei Prämien zu 1600 bzw. 800 Mk. an die Verfasser der besten populären Schriften über sexualhygienische Belehrung der Jugend verteilt werden. Näheres durch Dr. G. Nyblin, Björnlund (Schweden).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. August 1908. Nr. 8.

I. Originalbeiträge.

(Nach einem Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Kinderheilkunde in München.)

Zur Pathologie der Rachentonsille.

Von

Dr. **Nadoleczny.**

Bei der Vergrößerung der Rachentonsille handelt es sich im strengen Sinne des Wortes um eine Hyperplasie, da alle Elemente in gleicher Weise vermehrt sind. Zum Verständnis des Folgenden seien zunächst die entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen angeführt. Soweit hierüber Forschungen gepflogen wurden, bildet die Schleimhaut des Nasenrachens schon beim Embryo Falten über dem Basilarfaserknorpel. Die Mittelfurche scheint auch in den letzteren einzudringen. Die späteren Furchen im adenoiden Gewebe gehen nicht so tief. Mit der Hypophyse aber besteht keinerlei Zusammenhang. Die im späteren Leben auftretende Bursa pharyngea ist eine Pseudobursa, ein pathologisches Produkt aus Involutions- und Entzündungsvorgängen. Die verschiedensten Rachenmandelformen kommen bei Neugeborenen, noch mehr bei größeren Kindern vor. Die involvierte Tonsille ist nicht mehr oder nur als glattes flaches Polster erkennbar; persistierende Formen finden sich bei Erwachsenen und Greisen oft noch in beträchtlicher Größe (Frank). Bemerkenswert ist die stärkere Entwicklung des adenoiden Gewebes beim Kinde überhaupt, z. B. auch in der Tube, wo es aber keinen follikulären Charakter hat.

Die älteren Theorien über die Bedeutung des Organes, das als Füllgewebe angesehen wurde oder zum Schlüpfrigmachen der Speisen, ja sogar zur Aufsaugung von Nasensekret dienen sollte, können wir übergehen. Als feststehend ist zu betrachten, daß die Tonsillen Produktions- und Exkretionsorgane von Lymphozyten sind (Pluder) und von Lymphe (Goercke und Brieger). Während die Theorie von der inneren Sekretion der Rachenmandel durch Tatsachen nicht gestützt werden kann, stehen sich heutzutage Abwehr- und Infektionstheorie schroff gegenüber. Für und gegen dieselben lassen sich die verschiedenartigsten Gründe vorbringen, doch dürfen die Experimente, mittels deren man Einwanderungen von Fremdkörpern bzw. Bakterien nachweisen wollte, den natürlichen Bedingungen zu wenig entsprochen

haben. Bemerkenswert ist noch, daß Killian festgestellt hat, daß unter den Tieren ganz besonders im Staube lebende Haustiere mit nennenswerten Rachentonsillen ausgestattet sind.

Einer der wichtigsten Vorgänge ist die Involution, welche bei nicht hyperplastischen Tonsillen gewöhnlich um das 15. Lebensjahr herum, selten früher, und normalerweise nicht nach dem 20.—25. Jahr eintreten sollte. Zum Verständnis der Involutionsvorgänge ist eine Kenntnis der histologischen Veränderungen in der Tonsille nötig. Normalerweise wird sie von einer Schicht flimmernden Zylinderepithels bedeckt, durch dessen Basalmembran und Zellzwischenräume sich eine lebhafte Lymphozytenauswanderung beobachten läßt. Darunter liegt eine Schicht von bindegewebsarmem, adenoidem Gewebe mit zahlreichen Follikeln, deren Keimzentren in lebhafter Tätigkeit sind. Die Submukosa enthält Schleimdrüsen, deren Ausführungesgänge die Follikel durchsetzen, sowie Gefäße. Darunter breitet sich der Faserknorpel. Nach den Untersuchungen von Goerke stellen zunächst die Follikel ihre Tätigkeit ein, ihre Zahl wird geringer, und dementsprechend findet man mehr zellarmes Bindegewebe. Die Oberfläche deckt später ein Plattenepithel, das von Lymphozyten nicht mehr durchwandert wird. In der Submukosa gehen die Drüsen zum Teil zugrunde und werden durch Fettgewebe ersetzt, während nur noch wenig Gefäße das dichte Bindegewebe durchziehen. Makroskopisch sieht man eine glatte, von wenig flachen Mulden leicht gewellte Rachenschleimhaut. Nur die Mittelfurche bleibt gewöhnlich erhalten (sogenannte Bursa pharyngea). Die Gründe für diese Vorgänge liegen in dem Aufhören der Follikeltätigkeit, dem Fehlen eines Zellennachschubs, der Verödung von Drüsen- und Blutgefäßen. Ein Drittel aller über 20 Jahre alten Individuen hat eine nicht vollständig involvierte Rachenmandel. Zurückzuführen ist dies einmal auf die sogenannte Hyperplasie, ferner auf Kryptenbildungen, die infolge eines chronischen Reizzustandes (chronischer Rachenkatarrh, rezidivierende Anginen) auftreten. Schließlich auf Zystenbildung, welche bei Leuten über 25 Jahren die Regel ist. Selten handelt es sich um lokale Tuberkulose. Die Zysten liegen hauptsächlich in der mittleren Schicht und gehen zum Teil aus Drüsenausführungsgängen hervor. Dann sieht man sie im Zentrum der Follikel. Zum Teil entstehen sie als Einsenkungszysten aus der Oberfläche durch Verklebung, in der Submukosa dagegen aus Drüsen. Wenn auch nach Goerke eine selbständige Epithelproliferation der Wände zu ihrem Wachstum beiträgt, so verdanken sie ihre Größe doch im wesentlichen einer durch entzündliche Prozesse geförderten Lymphstauung.

Für den Begriff der Hyperplasie ist nicht die durch objektive Untersuchung festgestellte absolute Größe, sondern die Art und der Umfang jener Störungen maßgebend, welche sich mit Sicherheit auf die Rachentonsille zurückführen lassen. Dabei ist in erster Linie von Wichtigkeit das Verhältnis zwischen Größe und Sitz der Rachenmandel einerseits und Form und Umfang des Nasenrachenraums andererseits. Die Vergrößerung als solche mag mitbedingt sein durch eine stärkere Entwicklung des gesamten lymphatischen Apparates, ist aber

bei Skrofulose und sogenannter exsudativer Diathese nicht auffallend häufiger als sonst. Bemerkenswert ist sie als Frühsymptom der Leukämie, ferner als fast konstante Erscheinung bei Myxödem. In höherem Prozentsatz kommt sie bei Tuberkulösen vor. Das Wiederauftreten einer vollkommen entfernten Rachenmandel nach Infektionskrankheiten (Typhus) steht nach Brieger fest. Dementsprechend steht die Abwehrtheorie nicht in der Entzündung des Organs, sondern in der vermehrten Leistung desselben den Grund zur Vergrößerung. „Die homoplastische Hyperplasie eines in physiologischen Grenzen variablen Organs" stellt für sie keinen Krankheitsbegriff dar. Bemerkenswert ist das gehäufte Vorkommen vergrößerter Rachenmandeln im Küstenklima (Körner), ferner eine Beobachtung von Hecker, wonach durch übermäßige Anwendung von kaltem Wasser angeblich abgehärtete, in Wirklichkeit aber zu Erkältungen besonders disponierte Kinder auffallend häufiger daran leiden. Die Statistiken an Schulkindern ergeben die widersprechendsten Zahlen. Maßgebend sind nur diejenigen Untersuchungen, die mit dem Rachenspiegel gemacht sind, wobei zu beachten ist, daß die Rachentonsille im Spiegelbild verkürzt erscheint. Burger, der die bisher vorliegenden Statistiken bearbeitet hat, gibt für die Hyperplasie einen Prozentsatz von 30,2 als Durchschnitt an, während er betont, daß man auf Grund von äußeren Kennzeichen nur 6 % erkennen kann. Bei 6—7 jährigen Kindern hat Referent 94,7 % unter den Knaben und 85,7 % unter den Mädchen gefunden, bei denen die Rachenmandel im Spiegelbild den Choanalrand überragte, während Kafemann bei 65,4 % aller Knaben zwischen 6 und 14 Jahren den Choanalrand frei fand. Ein gehäuftes Vorkommen der Hyperplasie bei Taubstummen wird von Bezold bestritten. Naturgemäß findet sie sich bei Ohrenkranken bedeutend öfter. Untersuchungen von Barth an Soldaten ergeben eine Häufigkeit von 10—12 % für den Choanalrand überragende Rachentonsillen. Bei Greisen sind große Rachenmandeln selten, jedoch wurden sie sogar noch nach dem 70. Jahr beobachtet und mit Erfolg operiert (Frank). Sendziak fand unter ca. 2000 Fällen 1050 bei Knaben und 980 bei Mädchen; es trafen rund 1000 auf das zweite Dezennium. Die Hyperplasie scheint bei allen Menschenrassen vorzukommen, dürfte aber bei niederen Rassen seltener sein. In Küstenklimaten, namentlich den nördlichen, ist sie besonders häufig.

Erkrankungen der Rachenmandel.

Wichtig besonders für den Kinderarzt ist die akute Entzündung, die viel öfter auftritt als man glaubt. Latentes Fieber bei Kindern unter 8 Jahren und besonders bei ganz kleinen Kindern, sogenanntes Drüsenfieber, dürfte in den meisten Fällen darauf zurückzuführen sein. Vergleiche die Arbeit von Trautmann. Charakteristisch der Ohrenschmerz ohne oder mit geringen lokalen Erscheinungen im Ohr, die Mundatmung, die tote Sprache und die Schwellung der nuchalen und intrathorakalen Drüsen (Blumenfeld). Abszesse kommen selten vor, bei schweren Fällen sind Delirien und vollständige Benommenheit beobachtet (Dölger). Gelingt die postrhinoskopische Unter-

suchung, so sind Schwellung und Rötung des Organs sowie bisweilen Pfröpfe in demselben zu sehen.

Tuberkulose der Rachenmandel kommt nach Gradenigos Zusammenstellung primär in ca. 4% der Fälle vor, nach Seiferts neuester Statistik schwankt die Häufigkeit der Rachenmandeltuberkulose zwischen 1 und 6%, Lues ist selten beim Kind, beim Erwachsenen findet man Gummata und graue Kondylome, die heftigen Ohrenschmerz hervorrufen. Bei Leukämie tritt die Vergrößerung des Organs neben der Anämie als Frühsymptom auf. Das Fibrosarkom des Nasenrachens ist eine spezielle Erkrankung des Kindesalters und durch seine Konsistenz, Farbe und Form von der Rachenmandel zu trennen.

Eine besondere Bedeutung hat die chronische Entzündung. Bei ihr handelt es sich um eine Eiterung aus den Krypten, neben Überproduktion von Schleim, daher die Borkenbildung bei Erwachsenen, der chronische Nasenrachenkatarrh und die rezidivierenden Anginen des kindlichen und späteren Lebensalters.

Symptomatologie der Hyperplasie.

Unter den Allgemeinsymptomen wird gewöhnlich die mangelhafte Oxydation des Blutes in den Vordergrund gestellt, jedoch scheint es dem Referenten fraglich, ob ihr eine so hervorragende Bedeutung zukommt. Infolge des mangelhaften Luftvolumens wird der Thorax von sogenannten Adenoidenkindern häufig abgeplattet; man findet ein Emphysem der oberen und eine Atelektase der unteren Lungenpartien. Am Ansatz des Diaphragmas ist eine charakteristische sogenannte Zwerchfellfurche zu beobachten (Grünwald). Die weiteren Folgen der Mundatmung (des Schnarchens bei Nacht) sind mangelhafte Erwärmung, Durchfeuchtung und Reinigung der Atemluft und daraus entstehende Katarrhe der oberen und unteren Luftwege (Laryngitis, Stimmlippenparese und Bronchitis). Was die örtlichen Erscheinungen betrifft, so sieht Siebenmann die Entstehung eines abnorm hohen Gaumens, dessen Schmalheit sowie die V-förmige Knickung des Zahnbogens nicht als Folge der Mundatmung, sondern als eine Teilerscheinung des leptoprosopen Typus an, dessen schmale Respirationsspalte schon durch eine verhältnismäßig kleine Rachenmandel verlegt werden kann. Andererseits übt die Rachenmandel bei Chamäprosopie infolge der weiten Nasengänge einen unverhältnismäßig viel geringeren Einfluß auf die Atmung aus. Daraus geht hervor, daß man den sogenannten adenoiden Typus auch ohne Rachenmandelhyperplasie finden kann, und zwar bei ausgesprochen leptoprosoper Gesichtsschädelbildung.

Am bekanntesten sind die durch die Hyperplasie hervorgerufenen Ohrerkrankungen: der chronische Tubenverschluß und die zum Teil von der Rachenmandel fortgeleiteten Mittelohrentzündungen. In den meisten Fällen von Tubenverschluß dürfte es sich um einen direkten Druck der Tonsille auf die hintere Tubenlippe handeln. Der Eingang in die Rosenmüllerschen Gruben ist hierbei, wie man sich durch Spiegeluntersuchung überzeugen kann, durch die hyperplastische Tonsille verschlossen. Auch venöse Stase in der Tube wie in der Nase spielen dabei eine Rolle. Infolge der Vermehrung und Stagnation von Sekret

im Nasenrachenraum haben wir die chronischen Katarrhe der Nase, die sich auf die Bindehaut des Auges fortpflanzen (Gutmann), ferner die schon erwähnten Anginen. Ein Teil der Anfälle von Pavor nocturnus dürfte auf in die Glottis hinunterlaufendes Sekret zurückzuführen sein, während es sich in anderen Fällen wohl direkt um Kohlensäureüberladung und daraus resultierende Erstickungszustände handelt. Doch soll man sich hüten, diese Angstneurose immer auf die Rachenerkrankung zu beziehen. Die Veränderung der Sprache, Rhinolalia clausa, ist allgemein bekannt. Ein wichtiges, zum Teil noch unbekanntes, jedenfalls ungeklärtes Kapitel stellen die sogenannten reflektorischen oder Fernsymptome dar. Was man unter dem Namen Aprosexie zusammengefaßt hat, scheint dem Referenten ein einfacher Ermüdungszustand zu sein, der durch die Schwerhörigkeit verstärkt wird, während Czerny behauptet, daß sich die Rachenmandelhyperplasie hauptsächlich bei psychopathen Kindern finde, eine Ansicht, die nicht sehr viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Die Enuresis kommt jedenfalls im wesentlichen bei neuropathischen Kindern vor; sie kann, wenn andere Ursachen nicht in Betracht kommen, durch die Kohlensäureüberladung hervorgerufen sein, sicher ist, daß in einem wahrscheinlich kleinen Prozentsatz der Fälle durch die Operation der Rachenmandel eine sofortige und dauernde Heilung erzielt wird; aber auch hier täuschen uns bisweilen vorübergehende Erfolge. Der Kopfschmerz kann durch die in Rede stehende Anomalie erzeugt werden, hat aber natürlich noch eine ganze Reihe anderer Ursachen, unter anderem auch chronische Nebenhöhlenkatarrhe, deren Vorkommen im Kindesalter wenig bekannt ist. Die Beziehungen zwischen den Lymphbahnen des Schädels und der Rachenmandel sollten hierfür nicht in Betracht gezogen werden, da eine Lymphstauung im Schädelinneren zu den gänzlich unerwiesenen Hypothesen zählt. Der nervöse Husten und auch Nieskrämpfe haben meist irgend einen örtlichen Reiz als Ursache, z. B. also auch einmal eine Rachenmandelhyperplasie. Asthma kann wie von vielen anderen Stellen des Körpers, auch von der Nase bzw. dem Rachen ausgelöst werden. Eine genaue Untersuchung und Beobachtung des Falles ist nötig, um Rückschlüsse auf die Rolle zu ziehen, welche die Rachenmandel hierbei spielt. Sendziak hat 64 Fälle von Asthma beobachtet, darunter 3% Heilungen durch Adenotomie. Die Epilepsie kann ebenfalls Beziehung zur Rachenmandel haben, zu deren Feststellung gleichzeitiger Beginn von Atmungsstörungen und Neurose (anamnestisch) und ferner eine nasale Aura gefordert werden muß. Heilungen durch Adenotomie sind auch bei dieser Krankheit bekannt geworden, nur scheint es dem Referenten bei den beiden letzten Erkrankungen fraglich, ob die Patienten immer lange genug nachkontrolliert sind. Bemerkenswert ist, daß Holz zwei Fälle von Exophthalmus bilateralis und einen Fall von Chorea durch Entfernung der Rachenmandel geheilt hat. Für das Stottern kann die Rachenmandelhyperplasie als Ursache keinesfalls in Betracht kommen. Jedoch ist es möglich, daß sie indirekt zur Veränderung und Verschlechterung des Atmungstypus beiträgt. Was die von verschiedenen Autoren in sehr wechselnder Zahl angegebenen Heilungen betrifft, so bleibt auch hier die Frage der Rückfälle meist unbeant-

wortet. Zweifellos aber scheint die Erschwerung der Sprachentwicklung durch die Hyperplasie, eine Störung, die dann ihrerseits der Entstehung von Sprachfehlern Vorschub leistet. (Schluß folgt.)

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

J. Trumpp, Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. 1908. Nr. 4.) T. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen sind ärztlich geleitete Beratungsstellen und Milchküchen, zumal eine Vereinigung beider, eine unentbehrliche Einrichtung der öffentlichen Säuglingsfürsorge.
2. Ihr Hauptwert liegt in ihrem erzieherischen Einfluß. Ihre Leistungen sind jeweilen abhängig vom Verständnis des ortsansässigen Publikums im allgemeinen und von der Vorbildung und Intelligenz der Frequentanten im besonderen.
3. Ihre geringe Zahl und ihr kleiner Wirkungskreis läßt nicht erwarten, daß sie die allgemeine Säuglingssterblichkeit nennenswert herabsetzen können.
4. Man wird sich im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit künftig nicht mehr damit begnügen dürfen, die üblen Folgen von Mißständen zu mildern, sondern wird sich der mühsamen Arbeit unterziehen müssen, das Übel an der Wurzel zu fassen und vor allem das Volk durch methodischen Schulunterricht in Hygiene, speziell auch in Kinder- und Säuglingshygiene, allmählich zum verständigen Mitarbeiter heranzubilden.
5. Um den der Säuglingsfürsorge dienenden Anstalten die richtige Stellung dem Volke gegenüber zu sichern, müssen sie den Charakter sozialer Wohlfahrtseinrichtungen und nicht etwa von Wohltätigkeitsanstalten tragen.
6. Alle derartigen Anstalten sind mit Rücksicht auf ihre vornehmste Bedeutung als Volkserziehungsinstitut unter ärztliche Leitung zu stellen.
7. Die Ärztearbeit im Dienste der Säuglingsfürsorge ist nicht umsonst zu leisten.
8. Es ist anzustreben, daß die Fürsorgestellen zu Bezirkszentralen ausgebaut werden, die alle Zweige der Säuglingsfürsorge umfassen.

Grätzer.

Effler, Bericht des Ziehkinderarztes über die Ergebnisse der Ziehkinderbeaufsichtigung in Danzig im Jahre 1907. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. Juni 1908.) E. kommt zu folgenden Resultaten:

1. In den Jahren mit Brechdurchfallepidemien wurden die unehelichen Kinder stärker in Mitleidenschaft gezogen, als die ehelichen. Während in den Jahren 1897, 1900 und 1905 die Zahl der ehelichen

Sterbefälle um 5,3, 4,9, 2,3 % vom Vorjahre her anstieg, betrug die Zunahme bei den unehelichen 8,6, 9, 5,3 %.

2. Die Schwankungen in den Sterblichkeitszahlen sind bei den unehelichen Kindern erheblich größer als bei den ehelichen Kindern. Die größte Differenz betrug bei den ehelichen Kindern 10,7 % (19,2 bis 29,9 %), bei den unehelichen Kindern 18,9 % (28,3—47,2 %).

3. In den Jahren, in denen Brechdurchfälle in geringer Zahl auftraten, ist die Sterblichkeit der ehelichen Kinder fast die gleiche geblieben, während die der unehelichen Kinder nach Einführung der Ziehkinderorganisation (seit 1902) dauernd herabging. In den Jahren 1902, 1904, 1906 und 1907 betrug die Sterblichkeit der ersteren: 19,3, 20,6, 19,2, 19,2 %, der letzteren 33,4, 32,0, 28,9, 28,3 %.

4. Die Differenz zwischen den Prozentzahlen der ehelichen und unehelichen Sterbefälle hat sich vermindert. Sie betrug: 1895 15,9, 1896 12,8, 1897 16,1, 1898 13,3, 1899 13,3, 1900 17,3, 1901 14,4; seit Einführung der Ziehkinderorganisation: 1902 14,1, 1903 12,7, 1904 12,3, 1905 15,3, 1906 9,7, 1907 9,1 %. Während also sich die Sterblichkeit sowohl der ehelichen wie auch der unehelichen Kinder seit 1902 gebessert hat, erscheinen die letzteren im Verhältnis ganz außerordentlich im Vorteil, wenn man die Abnahme der Sterblichkeit in Betracht zieht.

Eine Besserung ist durch die Beaufsichtigung der Ziehkinder also ganz unzweifelhaft herbeigeführt worden. Mag auch der Zufall, d. h. Ursachen, die man nicht ohne weiteres überschauen kann, in einzelnen Jahren mitgespielt haben, so ist doch das Resultat von 6 Jahren mit einiger Zuverlässigkeit zu verwerten. Grätzer.

Eugen Schlesinger, Vorgeschichten und Befunde bei schwachbegabten Schulkindern. Ein Beitrag zur Forschung nach der schwachen Begabung. (Archiv f. Kinderheilk. 46. Bd. 1. u. 2. Heft.) Aus den reichen Ergebnissen dieser bemerkenswerten Arbeit sei folgendes mitgeteilt:

Das Material bildeten 138 in Hilfsschulen untergebrachte, schwach begabte, schwach befähigte und debile Kinder. In 27 Fällen war ätiologisch kein Moment als besonders intensiv wirksam zu konstatieren. Bei den übrigen tritt vor allem häufig (in 24 %) eine tiefgehende Degeneration in der Nachkommenschaft der Eltern der Schüler in den Vordergrund. An zweithäufigster Stelle (17 %) ist als Hauptursache des Zurückbleibens die Intelligenz mangelhafter Schulbesuch notiert, halb-, ganz-, ja mehrjähriges Fernbleiben von der Schule. Die Fortschritte, welche die Kinder schon bei kürzerem Schulbesuch machten, ließen deutlich den Einfluß dieses Faktors auf ihre von Haus aus stets übermäßige Debilitas erkennen.

Verwahrlosung bzw. überaus mißliche häusliche Verhältnisse fanden sich unter den Hauptursachen der Debilitas in 13 %; Trunksucht der Eltern konkurriert meist damit, doch ist sie intensiv wirksam nur in 2 %. Dann kommen als Hauptmomente nahezu gleich häufig einerseits intensive neuropsychopathische Belastung (10 %), andererseits häufige, langwierige Erkrankungen, vor allem Nervenkrankheiten (Epilepsie, Kinderlähmung, Hirnlues, Tuberkulose, Augenkrankheiten oder schwere Erkrankungen im Säuglingsalter, Atrophie).

Hieran schließen sich der Häufigkeit nach Fälle an, wo das Zurückbleiben der Intelligenz in erster Reihe auf schwere, langwierige Sprachfehler (6 %) oder auf psychopathische Minderwertigkeiten (5 %) zurückzuführen ist, Momente, die selbst schon als der Ausfluß der mangelhaften Gehirnfunktion zu betrachten sind. Etwas seltener ist an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit das Hauptmoment. Gegenüber all diesen Faktoren spielen Traumen während der Gravidität (Epilepsie) und Geburt oder Kopfverletzungen in der früheren Kindheit oder die Degeneration der Schilddrüse nur selten eine hervortretende Rolle, und auch dem überaus häufigen Befund hypertrophischer Tonsillen kann kaum je einmal eine wesentliche Bedeutung für das Zustandekommen der Debilitas zuerkannt werden.

Betrachtet man die einzelnen Fälle in bezug auf das Zusammentreffen der verschiedenen ätiologischen, prädisponierenden und die Debilitas verstärkenden Momente, so fällt vor allem die Konkurrenz so vieler Momente in fast jedem einzelnen Falle auf. Sie fehlen ganz nur in einem einzigen Falle, spärlich sind sie in 23 %, dagegen zahlreich in 55 und außerordentlich reichlich in 21 % vorhanden. Noch wichtiger erscheint aber das so häufige, fast gewöhnliche Zusammentreffen ererbter und erworbener Faktoren. Nur in 3 % scheint die Debilitas rein angeboren, in 8 % rein erworbener Natur zu sein; bei den übrigen 89 % konkurrieren ererbte und erworbene Faktoren in größter Mannigfaltigkeit. Es überwiegen aber dabei in bemerkenswerter Weise die erworbenen Momente über die angeborenen.

Diese Wahrnehmung ist hinsichtlich der Prophylaxe der schwachen Begabung gewiß von großer Bedeutung. Auch noch nach einer zweiten Richtung hin zeigt sich diese Art des Zusammentreffens von mehreren erworbenen Faktoren mit einigen wenigen ererbten Momenten als bedeutungsvoll, nämlich beim Zustandekommen der debilen Formen stärkeren Grades. Bei diesen findet man keineswegs eine stärkere Konkurrenz ätiologischer und prädisponierender Momente als bei den Debilen leichten Grades, wohl aber ganz besonders oft ein starkes Hervortreten der erworbenen Faktoren vor den ererbten.

Eine von Hause aus nur leichte Debilitas wird häufig durch das Hinzukommen mehrerer in intensivem Maße sich geltend machender, erworbener ungünstiger Momente in hohem Grade verstärkt und verschlimmert.

Die Analyse der abnormen Anlage und die Erforschung der Momente, die im einzelnen Falle zu Debilitas prädisponierten, dieselbe auslösten oder verstärkten, gibt reichlich Anhaltspunkte zu einer Behandlung oder wenigstens zu einer erfolgreichen Prophylaxe der schwachen Begabung.

Von den modernen Fürsorgebestrebungen kommen speziell für die Schulkinder in Betracht die Schulbrausebäder, die unentgeltliche Sanierung des Mundes in den Schulzahnkliniken, die Entsendung in Ferienkolonien, die Schulspeisungen, die Errichtung von Waldschulen u. a. m. Es erscheint notwendig zu betonen, daß an all diesen privaten und kommunalen Wohltätigkeitseinrichtungen die Hilfsschüler in einem viel höheren Prozentsatz partizipieren sollten, als in dem

für die anderen normalen Schulkinder geltenden Verhältnis, daß sie womöglich ausnahmslos an diesen Einrichtungen teilnehmen sollten.

Noch wichtiger erscheint mir eine zweite Forderung. Wie an den normalen Elementarschulen, so ist auch an den Hilfsschulen der Schularzt hinsichtlich der individuellen Sorge um die einzelnen Schulkinder nur mit der Aufgabe des Diagnostizierens betraut; er hat die Fehler und Gebrechen der Hilfsschüler herauszufinden und die Eltern auf die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung derselben aufmerksam zu machen. Hierin sollte eine Änderung geschaffen werden; der Schularzt sollte an den Hilfsschulen nicht nur beratender, sondern behandelnder Arzt werden wenigstens derjenigen Krankheiten, die er während des Schulbesuchs beobachtet, und wo wiederholte Aufforderungen der Eltern zwecks ärztlicher Behandlung fruchtlos bleiben. Unverhältnismäßig häufiger als in den Elementarschulen trifft letzteres gerade in den Hilfsschulen zu, bei der erwiesenermaßen großen Indolenz der armen Eltern unserer Hilfsschüler.

Hecker (München).

Alfred Hüssy, Über die Verwendung von getrockneter Milch als Säuglingsnahrung während der heißen Jahreszeit. (Archiv f. Kinderheilk. 46. Bd. 1. u. 2. Heft.) Die aus Vollmilch vermittelst des Just-Hatmakerschen Verfahrens hergestellte „getrocknete Milch" ist für Säuglinge, die eine Ernährungsstörung durchgemacht haben und an deren Folgen noch leiden, kein vollwertiger Ersatz für einwandfreie frische Kuhmilch.

Eine größere Zahl von an Ernährungsstörungen leidenden Säuglingen ist durch Ernährung mit „getrockneter Milch" vor dem Auftreten erneuter akuter Ernährungsstörungen geschützt worden. Bei einigen wenigen jungen Säuglingen sind indes zweifellos direkte Schädigungen durch Ernährung mit dieser Konserve hervorgerufen worden, die man durch Verwendung einer fettärmeren Trockenmilch teilweise vielleicht hätte vermeiden können.

Die vom Verf. gestellte Frage: Kann man Säuglinge, die an akuten Ernährungsstörungen erkrankt sind oder chronische Ernährungsstörungen aufweisen, während der heißen Jahreszeit durch Ernährung mit getrockneter Milch vor den sie in Gefahr bringenden akuten, durch bakteriell zersetzte Milch bedingten Wiedererkrankungen bewahren? ist nur bedingungsweise zu bejahen.

Trotzdem ist an Orten, wo eine Milchküche nicht existiert und eine einwandfreie frische Milch nicht beschaffbar ist, während der heißen Jahreszeit die Ernährung derart erkrankter Säuglinge mit „getrockneter Milch" zu empfehlen.

Durch praktische Versuche als empfehlenswert erprobt ist die Verwendung der „getrockneten Milch" zur Säuglingsernährung für kürzere Zeit z. B. auf Reisen.

Die erzielten Resultate machen ergänzende Ernährungsversuche mit einer fettärmeren Trockenmilch wünschenswert.

Hecker (München).

E. J. Gindes, Meningitisarten und Lumbalpunktion nach Quincke. (Archiv f. Kinderheilk. 46. Bd. 1. u. 2. Heft.) Empfehlung

der Lumbalpunktion bei verschiedenen Meningitisformen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Hecker (München).

J. Winocouroff, Kleingehirngeschwülste im Kindesalter. (Archiv f. Kinderheilk. 46. Bd. 1. u. 2. Heft.) Der Fall des 9jährigen Knaben ist dadurch bemerkenswert, daß der $4\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser haltende Solitärtuberkel im Kleinhirn gar keine speziell charakteristischen klinischen Symptome machte: nur Kopfschmerzen, Erbrechen und Stauungserscheinungen im Auge, also Erscheinungen, die jedem Tumor des Gehirns zukommen. Hecker (München).

J. Winocouroff, Zwei Fälle von Dystrophia musculorum progressiva familiaris. (Archiv f. Kinderheilk. 46. Bd. 1. u. 2. Heft.) Zwei Schwestern von 13 und 11 Jahren zeigen die Erscheinungen der juvenilen Muskelatrophie Erb. Bezüglich der Ätiologie ist frühzeitiger Alkoholgenuß wahrscheinlich. Hecker (München).

H. Flesch und **A. Schossberger,** Die Verbreitung der natürlichen Säuglingsernährung in Budapest. (Archiv f. Kinderheilk. 46. Bd. 1. u. 2. Heft.) Durch umfassende Statistiken wird dargetan, daß die überwiegende Mehrheit der Budapester Säuglinge der ihr am besten zukommenden natürlichen Ernährung teilhaftig wird; bloß ein ganz geringer Bruchteil derselben wird von allem Anfang an künstlich ernährt; es wird im allgemeinen lange gestillt, dabei ist frühzeitige Verabreichung von Beinahrung ziemlich verbreitet. Die Säuglingsmortalität ist zwar günstig (14,6 %), steht jedoch mit den günstigen Verhältnissen der natürlichen Ernährung nicht im Einklang. Wahrscheinlich werden die Vorteile der natürlichen Ernährung durch schlechte hygienische Verhältnisse der ärmeren Bevölkerung häufig zunichte gemacht, während andererseits die Art der künstlichen Ernährung mangelhaft ist. Hecker (München).

H. Noll, Zur Bekämpfung der ekzematösen Augenkrankheiten. (Aus der Augenklinik der Universität in Würzburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 12.) N. zeigt, wie schwere Folgen die Vernachlässigung oder unzweckmäßige Behandlung der ekzematösen Augenerkrankungen haben kann, so daß auch für den Staat die energische Bekämpfung dieser Affektionen von größtem Interesse ist. Die breiteren Schichten der Bevölkerung müßten über jene Gefahren aufgeklärt werden, was durch ein Ekzematose-Merkblatt geschehen sollte. N. hat ein solches verfaßt folgenden Inhalts:

Ekzematose-Merkblatt.

Die ekzematösen Augenleiden gehören zu den häufigsten und bei Vernachlässigung oder unzweckmäßiger Behandlung zu den gefährlichsten Krankheiten des Auges, insbesondere bei Kindern.

Hunderte von Augen unserer Jugend werden jährlich durch diese Erkrankungen in ihrer Sehkraft beträchtlich geschädigt, zum Teil vernichtet.

Durch richtige und frühzeitige Behandlung kann die Mehrzahl dieser Erkrankungen mit Erhaltung der Sehkraft der Augen geheilt werden.

Skrofulöse, rachitische, aber auch sonst gesunde Kinder erkranken oft an diesem Leiden. Schlechte Wohnungsverhältnisse und ungeeignete Kost spielen eine begünstigende Rolle. Oft leiden die Kinder zugleich an einem Ausschlage am Kopf oder an anderen Körperstellen.

Anzeichen der Erkrankung sind: Rötung der Augen und der Lider, Tränen der Augen, Lichtscheu, die Kinder suchen die dunkelsten Stellen des Zimmers auf und kneifen die Lider zusammen.

Wird das Auge nicht sofort richtig behandelt, so kann die Sehkraft desselben schwer geschädigt werden.

Maßregeln bei ekzematösen Augenerkrankungen. Sobald die ersten Anzeichen der Erkrankung auftreten, soll möglichst rasch ein Arzt zugezogen werden. Es ist zu verhindern, daß die Kinder mit den Händen über die Augen wischen. Sehr schädlich ist es, das erkrankte Auge zu verbinden. Die Augen sind offen zu lassen, oft mit reinem Wasser auszuwaschen. Um zu verhüten, daß die Krankheit von neuem auftritt, ist vor allem für frische, gesunde Luft und kräftige Nahrung zu sorgen. Grätzer.

G. Hunaeus, Ein Beitrag zur Kasuistik der Spontanfrakturen im Kindesalter. (Aus dem Elisabeth-Kinder-Hospital in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 13.) Ausgehend von einer durch Sturz veranlaßten komplizierten Fraktur am rechten Ellbogengelenk, die zur Eingangspforte von Staphylokokken wurde, bildeten sich bei einem $2^3/_4$ jährigen Kinde auf dem Wege der Blutbahn metastatische Herde im Mark verschiedener Extremitätenknochen sowie des Metacarpus II der rechten Hand und des Beckenknochens (Symphyse), die zu einer Ernährungsstörung der Knochensubstanz führten und hierdurch, anläßlich geringer Bewegungen des kleinen Patienten (wahrscheinlich im Schlaf) die Entstehung von Spontanfrakturen begünstigten. Die erste derartige spontane Kontinuitätstrennung trat an der linken Ulna auf; ihr folgten im Laufe der nächsten Tage solche am rechten und linken Schienbein und schließlich auch am Metacarpus II. Grätzer.

P. L. Schlippe, Zur Behandlung der Diphtherie mit Pyocyanase und über die Persistenz der Diphtheriebazillen. (Aus dem Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 14.) Die Erfahrungen, die mit Pyocyanase gemacht worden, lassen S. zu folgenden Schlüssen gelangen: Die Pyocyanase darf zur Behandlung der Diphtherie nie allein, sondern immer nur zusammen mit Serum verwendet werden. In manchen Fällen scheint die Pyocyanase die Lösung der diphtherischen Membranen zu beschleunigen, den Foetor ex ore rasch zu beseitigen und subjektive Erleichterung zu bringen. Sie verdient deshalb in Fällen mit hochgradiger Membranbildung und verlangsamter Lösung der Beläge weiter geprüft zu werden. Bei den ganz schweren Fällen septischer Diphtherie scheint auch die Pyocyanase keine Wirkung zu entfalten. Es gelingt nicht, durch Pyocyanase die Persistenz der Diphtheriebazillen zu verhüten und in Fällen von ausgesprochener Persistenz und chronischer Diphtherie die Bazillen abzutöten. Grätzer.

H. v. Schrötter, Nadel im linken Bronchus. (Aus der III. Medizin. Klinik der Universität in Wien.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) Bei einem zwölfjährigen Mädchen wurde eine vor 21 Tagen in den linken Bronchus — mit ihrem Kopfe (D. = 9 mm) voraus — eingedrungene Nadel von ungewöhnlicher Länge (74 mm) im Wege der direkten Methode (Tubus L. = 21 cm, D. = 8,5 mm) in einer Sitzung unter Lokalanästhesie mittels eingeführter Pinzette glatt entfernt; keine Reaktionserscheinungen, dauerndes Wohlbefinden. Grätzer.

J. v. Bókay, Beitrag zur Bradykardie bei der Appendicitis im Kindesalter. (Aus dem Stephanie-Kinderhospital in

Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) B. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. In der Resorptionsperiode periappendikulärer entzündlicher Produkte tritt die Bradykardie fast gesetzmäßig auf und kann mehrere Tage lang, eventuell bis über 2 Wochen bestehen.

2. Bradykardie kann auch nach operativer Eröffnung eines appendikulären Abszesses in Erscheinung treten und eventuell tagelang fortdauern.

3. Im Anschluß an eine nachträglich in der Ruhezeit vorgenommene Resektion des Wurmfortsatzes kann die Bradykardie gleichfalls auftreten und fallweise längere Zeit hindurch fortbestehen.

4. Die Zahl der Pulsschläge kann bei Kindern mittleren Alters (zwischen 7—16 Jahren) auch bis 52 herabsinken — in meinen Fällen schwankte dieselbe im Zeitraum der Bradykardie zwischen 52 und 80.

5. Die Puls- und Temperaturkurven lassen im Zeitraum der Bradykardie keinen Parallelismus erkennen — eine Hypapyrexie ist beim Herabsinken der Pulszahl auf das Minimum nicht zu beobachten.

6. Die unter den obigen Umständen auftretende Bradykardie kann in prognostischer Hinsicht nicht als ungünstiges Symptom aufgefaßt werden, bei periappendikulärer Exsudation kann sie sogar als ein Zeichen des beginnenden Resorptionsvorganges gelten. Grätzer.

Kotzenberg, Zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. (Aus dem Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 13.) Auf Grund seiner Erfahrungen hebt K. als Hauptmomente, auf denen die rationelle Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis beruht, folgende Punkte hervor:

Die für die Bauchhöhle zurzeit beste Drainage ist die sogenannte Tampondrainage nach Dreesmann.

Der erste Grundsatz bei der Drainierung der Bauchhöhle bei der eitrigen Peritonitis ist die möglichst genaue Wiederherstellung des intraabdominellen Druckes, die durch exakte Vernähung der Bauchdecken in drei Schichten bis auf eine genau abgepaßte Öffnung für das Glasdrain im unteren Wundwinkel.

Gründliche Spülung der Bauchhöhle mit gut temperierter Kochsalzlösung, bis die Spülflüssigkeit klar abläuft. Die Flüssigkeit wird nicht entfernt, sondern bleibt in der Bauchhöhle zurück.

Bei der Nachbehandlung ist eine Lagerung des Kranken auf der schiefen Ebene erforderlich. Auf öftere Erneuerung des Tampons im Glasdrain ist besondere Sorgfalt zu verwenden.

Grätzer.

P. Heim, Idiopathische Hautgangrän im Säuglingsalter. (Aus dem „Barmherzigen-Spital“ in Budapest.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) H. hatte dreimal Gelegenheit, diese Affektion zu beobachten. Es trat, unter vollständigem Wohlbefinden, bei allen drei Fällen am Fuß ohne jeden nachweisbaren Grund eine Hautgangrän auf, welche fast die Größe eines Kinderhandtellers erreichte. Die Gangrän störte das Allgemeinbefinden fast gar nicht und heilte bei entsprechender Behandlung (Xeroform-Lapissalbe) in kurzer Zeit.

Die rasche Entwicklung der Gangrän, die Mumifikation der Haut und des subkutanen Gewebes, die scharfe Umschriebenheit des Prozesses sprachen dafür, daß man es mit der Thrombose einer Arterie zu tun hatte; wodurch letztere verursacht wurde, war allerdings nicht zu eruieren. Grätzer.

M. P. Ravenel (Madison, Wisconsin), Ätiologie der Tuberkulose. (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) R. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Verdauungskanal ist eine häufige Eintrittspforte für den Tuberkelbazillus.

2. Der Tuberkelbazillus ist imstande, durch die unverletzte Schleimhaut des Verdauungskanals einzudringen, ohne Spuren an der Eintrittsstelle zu hinterlassen. Dies findet am leichtesten während der Fettverdauung statt.

3. Die Bazillen wandern mit dem Chylus durch die Lymphgefäße und den Ductus thoracicus in das Blut, das sie den Lungen zuführt, wo sie durch die filtrierende Funktion der Gewebe größtenteils zurückgehalten werden.

4. Ansteckung vom Darm aus ist besonders häufig bei Kindern.

5. Die Milch tuberkulöser Kühe ist in vielen Fällen die Quelle der Ansteckung. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse erlaubt es uns nicht, das genaue Verhältnis festzustellen, in welchem diese Ursache wirksam ist, aber es ist wahrscheinlich beträchtlich.

6. Tuberkulose kann durch Berührung übertragen werden, wie Küssen, beschmutzte Hände, Verletzungen bei Sektionen, beim Reinigen der von Schwindsüchtigen benutzten Gefäße usw. Diese Arten der Ansteckung spielen eine verhältnismäßig geringe Rolle bei der Ausbreitung der Krankheit. Grätzer.

Häberlin (Wyk a. Föhr), Blutbefunde an der Nordsee. (Aus dem Seehospiz Wyk des Vereins für Kinderheilstätten.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) H. fand, daß nicht nur eine Vermehrung des Hämoglobins, sondern auch eine solche der roten Blutkörperchen an der Nordsee stattfindet. So vermehrten sich bei einem fünf- bzw. neunjährigen Kinde, die in einem jämmerlichen Zustande ankamen, die roten Blutkörperchen von 2700000 auf 4300000 bzw. von 3680000 auf 4800000. Grätzer.

H. Krusinger, Fibrolysin bei kruppöser Pneumonie mit verzögerter Lösung. (Aus dem städtischen Clemenshospital zu Münster i. W.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 14.) Nachdem bei einer 23jährigen Pneumoniekranken die Fibrolysinbehandlung, wie die Schilderung des Falles zeigt, auffallenden Erfolg gehabt hatte, wurde diese Therapie auch bei einem Kinde angewandt. Der Verlauf war nach K.s Beschreibung wie folgt:

Ein 8jähriges Mädchen erkrankte an einer kruppösen Pneumonie des linken Unterlappens. Die hohe Temperatur bestand ununterbrochen 6 Tage lang und sank am 7. kritisch auf 37,3° C.

In den nun folgenden 14 Tagen schwankte die Temperatur zwischen 37,9 37° C., einmal wurden 39° C. gemessen. Die Infiltrationserscheinungen auf der linken Lunge gingen währenddessen nicht zurück; es bestand nach wie vor hinten von der Spina scapulae abwärts eine Dämpfung, die unten 3—4 Querfinger breit

absolut war, nach oben zu sich ein wenig aufhellte; über derselben sehr starkes Bronchialatmen, laute Bronchophonie und abgeschwächter Pektoralfremitus.

Nunmehr wurde an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je eine halbe Ampulle Fibrolysin (= 1,15 ccm) injiziert, am 3. Tage ausgesetzt, um am folgenden Tage wieder von neuem zu beginnen.

Auch diesmal nahm in ganz auffälliger Weise unmittelbar nach der ersten Injektion die Lösung der Infiltration ihren Anfang; nach der Injektion der ersten Ampulle erschien die Dämpfung bereits weniger intensiv, das Bronchialatmen war nur mehr exspiratorisch hörbar und der Pektoralfremitus wurde stärker, nach der Injektion der zweiten Ampulle war die Dämpfung nur noch ein Querfinger breit und relativ nachweisbar; auch dieser Rest verschwand dann nach Injektion der dritten Ampulle völlig. Gleichzeitig mit dem Fortschreiten der Lösung war auch hier ein Ansteigen des Körpergewichts um 1—2 Pfund wöchentlich und ein allmähliches Herabsinken der Temperatur auf völlig normale Werte zu verzeichnen.

Grätzer.

Hohmeier, Die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit dem Antituberkuloseserum von Marmorek. (Aus dem städt. Krankenhause Altona.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) H. schildert 16 Fälle, darunter mehrere Kinder betreffende, und sagt zum Schlusse seines Berichtes: „Wenn wir nun das Fazit unserer Versuche ziehen, so können wir sagen, daß wir

1. irgendwelche schweren Störungen oder Schädigungen des Organismus durch Einverleibung des Serums nicht beobachtet haben; daß wir es

2. für möglich halten, daß bei ganz leichten Fällen von Knochentuberkulose das Marmorekserum bei daneben durchgeführter antituberkulöser Kur den Heilungsprozeß beschleunigen kann. Eine sichere Wirkung auf ganz frische und leichtere tuberkulöse Knochenerkrankungen können wir dem Serum nicht zusprechen; daß wir

3. eine Einwirkung des Serums auf die Granulationen beobachtet haben glauben, die vor der Behandlung grau und schlaff waren, nachher frischrotes Aussehen annahmen; daß wir

4. bei mittelschweren Erkrankungen von Knochentuberkulose einen Heilerfolg nicht erzielt haben, wenn auch ein Teil der in dem einen Fall bestehenden, renitenten Fisteln sich schlossen; daß wir

5. bei schweren Knochentuberkulosen von einem heilenden oder nur bessernden Einfluß des Serums nicht das geringste beobachtet zu haben. Das Antituberkuloseserum ist in zweien von diesen Fällen auch nicht imstande gewesen, das Aufflackern alter, längst schlummernder tuberkulöser Herde zu verhüten; und daß wir

6. auch in der Folgezeit, soweit unsere Nachuntersuchungen reichen, keine Besserung gesehen haben; und daß wir

7. eine Hebung des Allgemeinzustandes, die wir dem Serum hätten zuschreiben müssen, nicht feststellen konnten.

Grätzer.

J. Schereschewsky, Serumreaktion bei Scharlach und Masern. (Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität in Straßburg und der Universitäts-Kinderklinik.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) Die Untersuchungen schließen sich der von Fornet und S. gemachten Syphilisuntersuchung an. Sie konnten nämlich zeigen, daß, wenn das Serum eines Sekundärsyphilitischen mit dem Serum eines Paralytikers übereinandergeschichtet wird, an der Schichtgrenze sich ein Ring bildet, wie es bei der Hellerschen Ringprobe der Fall zu sein pflegt. Da diese Ring-

bildung nur bei Berührung von syphilitischem und postsyphilitischem Serum auftrat und durch Normalserum und Serum von Nichtsyphilitischen ausblieb, konnten sie ihre Voraussetzung, daß hier Syphilispräzipitin und entsprechendes Präzipitinogen zusammentreffen, zu Recht bestehen lassen. Wenn sie also zeigen konnten, daß sich bei der Lues zwei Stadien unterscheiden lassen, wobei in dem einen das Präzipitin, im anderen das Präzipitinogen im Blutserum anwesend sind und durch Zusammenbringen sich kenntlich machen, mußte bei anderen Infektionskrankheiten sich Analoges erwarten lassen. Sie wählten Scharlach, weil sie hier a priori im Stadium der Rekonvaleszenz entsprechende Antistoffe vermuteten. Das Antigen bei Scharlach suchten sie durch Analogie mit den Versuchen Fornets über das Typhusantigen in den allerfrühesten Erscheinungen des Scharlach. Diesen Voraussetzungen folgend, brachten sie in den verschiedenen Kombinationen Serum miteinander in Schichten zusammen und fanden Ausschläge, welche die Voraussetzungen bestätigten.

Die ca. 30 untersuchten Scharlachfälle neben den vielen Nichtskarlatinösen (ca. 25) erlauben nur den Schluß, daß es sich hier um eine für Scharlach spezifische Reaktion handelt, eine Reaktion durch Zusammenwirken von Scharlachpräzipitin und Scharlachpräzipitinogen bedingt. Nebenbei kann mit Sicherheit angenommen werden, daß das Präzipitin sich im Spätstadium findet, da bekanntlich das Präzipitinogen bei akuten Infektionskrankheiten recht bald im Körper nicht mehr nachweisbar ist.

Um nun weiter das Verhältnis des gefundenen Scharlachpräzipitinogens zum Streptococcus pyogenes festzustellen, ersetzt S. je eine der Komponenten in unserer Reaktion durch ein Streptokokkenfiltrat. Letzteres wurde durch ein wöchentliches Bebrüten einer Streptokokkenbouillon und Filtrieren durch einen Chamberland gewonnen. Solches Streptokokkenfiltrat gab mit Scharlachserum geschichtet niemals eine Reaktion. Um nun die Qualität unseres Streptokokkenfiltrates zu prüfen und auch zu zeigen, daß dieses bei einer exquisiten Streptokokkenaffektion sich wie ein Streptokokkenpräzipitinogen verhält, führte er einen Versuch aus.

Dieser ergab, daß das Serum von einer Patientin mit durch Reinzüchtung erwiesener Streptokokkenaffektion in Berührung mit dem Streptokokkenfiltrat eine Ringbildung, also Reaktion eingeht, welche in den Kontrollen gegen Normalserum und Typhusbouillonfiltrat ausbleibt. Daraus wäre zu schließen, daß in dem Streptokokkenfiltrat sich entsprechendes reaktionsfähiges Präzipitinogen und im Serum der Patientin Streptokokkenpräzipitin findet. Weiter sieht man aus diesem Versuch, daß die Reaktion zwischen Scharlachsera und dem Streptokokkenfiltrat von dem benutzten Streptokokkenstamm ausblieb.

Weitgehende Schlüsse über die Beziehung der Streptokokken zum Scharlach können aus diesen Versuchen noch nicht zu ziehen sein, — eines würde doch beachtenswert sein, daß aus diesen Versuchen das Vorhandensein reaktionsfähiger Stoffe im Scharlachserum anzunehmen ist, daß weiter diese Stoffe durch die Fähigkeit, einander zu präzipitieren, sich kennt-

lich zu machen und endlich, daß diese Stoffe, — also Scharlachpräzipitin und Präzipitinogen, nicht durch Streptokokkenpräzipitinogen des Streptococcus pyogenes von dem benutzten Stamm zu ersetzen sind.

In analoger Weise wie beim Scharlach untersuchte S. eine Reihe von Masernfällen (ca. 10). Hierbei stellte sich ebenfalls heraus, daß eine für Masern spizifische Reaktion zwischen dem Serum von Masernkranken im Beginn der Erkrankung und dem Serum von Masernkranken aus ebenfalls frühem Stadium eintritt.

In einem Versuch ist eine Reaktion nur eingetreten bei dem Aufeinanderwirken von einem Serum aus dem 2. Tag der Erkrankung mit dem Serum vom 3. Tag. — Das Serum aus der 2. und 3. Woche nach dem Verschwinden des Exanthems scheint keine nachweisbaren Antistoffe mehr zu erhalten, — diese Sera reagieren nicht mehr. Diese Erscheinung bildet den Unterschied zwischen den Masern und Scharlach in der Untersuchung, — es scheint sich dieses auch durch die klinischen Differenzen beider Krankheiten stützen zu lassen, indem bei Scharlach in der Tat noch dort eine Infektiosität besteht, wo sich bei uns Präzipitine finden, während Masern in der 2. und 3. Woche keine Präzipitine zeigen und auch nicht mehr für ansteckend gehalten werden.

Grätzer.

Mühlenkamp, Über einen seltenen Fall einer ausgedehnten Knochenzerstörung infolge einer tuberkulösen Mittelohreiterung bei einem 2jährigen Kinde. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) Vor einigen Monaten kam eine Mutter zu M. in die Sprechstunde mit einem 2jährigen Kinde, das an einer Mittelohreiterung erkrankt war. Unter den 6000 Ohrenerkrankungen, die M. in seiner ca. dreijährigen spezialärztlichen Tätigkeit zu Gesicht gekommen sind, hat er noch nie eine derartige Schwellung hinter dem Ohr beobachten können. Der äußere Rand der Ohrmuschel lag fast in der Ebene, die die Oberfläche dieses fluktuierenden Tumors bildete. Auch vor dem Ohr war eine mächtige Schwellung mit einer kompletten Fazialislähmung vorhanden. Die Furcht vor einer etwaigen Operation hatte die Mutter in törichter Weise veranlaßt, nicht eher zum Arzte zu gehen. Auch jetzt wollte die Mutter das Kind nicht operieren lassen. Am folgenden Tag, nachdem M. die Mutter von der unbedingten Notwendigkeit der Operation überzeugt hatte, wurde das Kind operiert. Als M. den Schnitt hinter dem Ohr gemacht hatte, entleerte sich eine große Menge sehr fötid riechender Eiter. Nach Abfluß und Entfernung der Eitermasse erblickte M. in der Höhle mächtig viel Granulationsgewebe. Mit dem scharfen Löffel versuchte er vorsichtig das Granulationsgewebe zu entfernen und stieß dabei auf zwei große, frei bewegliche Knochenstücke. Mit einer Pinzette nahm er die beiden Knochenstücke heraus. Die Wunde wurde vorsichtig tamponiert. Das Kind fühlte sich nach der Operation gut, konnte freilich, wie leicht erklärlich, nur flüssige Nahrung zu sich nehmen. Leider konnte M. nicht weiter beobachten. Außer der wohl selten vorkommenden Zerstörung von Knochen infolge einer Mittelohreiterung, zeigt der Fall, wie blinde Mutterliebe aus Furcht vor einer Operation zum großen Schaden gereichen kann. Grätzer.

M. R. J. Müller, Eine Nabelschnurklemme. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) Zwei kleine, handliche Klemmen, welche statt der üblichen Bandschleifen vor dem Durchschneiden der Nabelschnur angelegt werden. Wenn alle übrigen Geburtsgeschäfte erledigt sind, werden sie, nach Anlegung der Dauerschleife, wieder abgenommen. Garantieren ein rasches, glattes, sauberes Arbeiten und sind billig (Instrumentenmacher W. Pfeiffer, Freiburg i. B.).

Grätzer.

Kohts (Straßburg), Über einige Fälle von Hirschsprungscher Krankheit im Kindesalter. (Die Therapie der Gegenwart. Mai 1908.) Zwei Fälle, die in ihren Krankheitserscheinungen und in anatomischer Beziehung vollkommen dem Hirschsprungschen Bilde entsprachen.

Therapeutisch wurde durch Ölklystiere ein recht gutes Resultat erzielt, nachdem Glyzerineinläufe ohne Wirkung geblieben waren. Nach Anwendung von 400 g Olivenöl wurden im 1. Falle im Verlaufe von 2 Tagen drei große Eimer voll Fäkalmassen herausbefördert, wonach das Allgemeinbefinden sofort sich besserte. Grätzer.

Ch. Perret, Über die Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa an der Hand von 65 Fällen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 85. Heft 2. S. 561.) Das Material zu Perrets Abhandlung lieferten die 230 Fälle tuberkulöser Hüftgelenkserkrankung, welche seit dem Jahre 1880 auf der chirurgischen Abteilung des Prof. Niehans am Inselspital zu Bern behandelt wurden. Es war in den letzten zwei Jahren möglich, 65 geheilte Patienten zur Nachuntersuchung kommen zu lassen. P. gibt in der vorliegenden Arbeit einen genauen Bericht über diese Fälle, von denen 23 konservativ, 25 konservativ-operativ (Abszeßevidement, Osteotomie, Sequestrotomie, Arthrotomie) und 17 mittels Resektion des Gelenkes behandelt worden sind.

P. stellt auf Grund seiner Erfahrungen für die Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenkserkrankungen folgende Indikationen auf:

Bei leichten, günstigen Fällen ohne oder dann mit steriler geschlossener Eiterung, bei welchen der Sitz des tuberkulösen Herdes weder durch die klinische Untersuchung noch durch die Röntgenaufnahme mit Sicherheit festgestellt werden kann, ist entschieden ausschließlich konservative Behandlung so lange zu befürworten, bis der Knochenherd, wenn er unterdessen nicht spontan ausheilt, im weiteren Verlaufe erkennbar geworden ist.

Bei vernachlässigten schweren Fällen mit offener Eiterung und drohenden sonstigen Komplikationen ist die Arthotomie zur Exploration des Gelenkes auszuführen und eventuell, wenn die das Gelenk bildenden Teile soweit zerstört sind, daß keine Hoffnung auf spontane Heilung vorhanden ist, gründliche Abtragung alles Erkrankten unter Schonung der erholungsfähigen Partien, „atypische Resektion“ anzuschließen. P. hegt die Hoffnung, daß auf diese Weise die Resektion, wie sie früher einige Zeit hindurch geübt wurde (Dekapitation oder gar noch subtrochantere Abtragung), mehr und mehr von der Bildfläche verschwinden wird.

Bei den Fällen hingegen, in denen durch eine genaue klinische Untersuchung der tuberkulöse Herd lokalisiert werden konnte und

durch das Röntgenbild bestätigt wurde, wird bei dem heutigen Stande tadelloser Asepsis die Arthrotomie, verbunden mit Sequestrotomie oder Ausrottung der tuberkulös erkrankten Teile in relativ kurzer Zeit mit bester Aussicht auf Radikalheilung und funktionell günstigem Resultat den Patienten von seinem Leiden befreien. Joachimsthal.

Riebold, Über periodische Fieberbewegungen mit rheumatischen Erscheinungen bei jungen Mädchen. (D. Arch. f. klin. Med. 93. Bd. 1. u. 2. Heft.) Der Verf. führt aus, daß neben den Fällen von Ovulationsfieber, die sich mühelos auf einen nachweisbaren Infektionsherd — entzündliche Prozesse in den Genitalien, Pyelitis usw. — zurückführen lassen, nicht selten andere vorkommen, in denen sich ein Krankheitsherd im Körper weder entdecken, noch auch mit einiger Wahrscheinlichkeit vermuten läßt. Diese Fälle, die sich hinsichtlich der Art und Weise ihres Auftretens den ersterwähnten durchaus an die Seite stellen lassen, sind namentlich dadurch charakterisiert, daß sie mit rheumatischen Erscheinungen einhergehen. Ihre Ätiologie ist vorläufig noch ganz dunkel. Von ganz besonderer Wichtigkeit hält R. den Nachweis, daß dieses Ovulationsfieber genau den Periodengesetzen folgt, die er bezüglich des Auftretens der Menstruation seststellen konnte. Die Frage der Periodizität gewisser Funktionen des menschlichen, besonders des weiblichen Organismus, die von jeher der Gegenstand interessanter Forschungen und Überlegungen gewesen ist, und der man neuerdings, wie es scheint, eine größere Beachtung schenkt, wird voraussichtlich auch für die innere Medizin eine gewisse Bedeutung erlangen. Freyhan (Berlin).

E. Langenbach, Ein Fall von Chondrodystrophia foetalis mit Asymmetrie des Schädels. (Virchows Archiv. Bd. 189. Heft 1. 1907. S. 12.) Es handelt sich um einen Fall von Chondrodystrophie vom hypoplastischen Typus, der zur Vermehrung der Kasuistik und wegen einiger besonderer Wachstumsverhältnisse an den Schädelknochen mitgeteilt wird, ohne daß prinzipiell Neues und Wichtiges in dieser Arbeit enthalten ist. Bennecke.

Paul Kestner, Hydrocephalus und Hypoplasie der Nebennieren. (Zentrablatt f. allgem. Path. u. path. Anat. 18. Bd. Nr. 11. 1907.) Czerny hatte versucht, zur Erklärung des Hydrocephalus eine außerhalb der Schädelhöhle gelegene Ursache zu finden. Von dem Gedanken eines Abflußhindernisses ausgehend, injizierte er jungen weißen Ratten Berlinerblau in die Hirnventrikel, suchte nach der ersten Austrittsstelle der Farbe in der Leibeshöhle und glaubte feststellen zu können, daß die Farbe zuerst in einem Lymphgefäße sichtbar werde, welches einen Zweig zur Nebenniere abgeben und im weiteren Verlaufe zu den Lymphdrüsen des Beckens führen sollte. K. prüfte die Experimente Cz.s nach, konnte aber seine Befunde nicht bestätigen. Bennecke.

Bychowsky, Reflexstudien: Über das Verhalten einiger Haut- und Sehnenreflexe bei Kindern im Laufe des ersten Lebensjahres. (Deutsche Zeitschr. f. Nerv. Bd. 34. Heft 2.) Reflexe sind nach Wundt „mechanisch gewordene Willensbewegungen“, d. h. sie stammen phylogenetisch aus verschiedenen Angriffs- und Abwehrbewegungen her. Sie haben sich auch phylogenetisch nicht alle

gleichzeitig entwickelt. Es kann daher nicht wundernehmen, wenn auch ihre Entstehung und Entwicklung in der Ontogenie, beim Einzelindividuum, Verschiedenheiten unterworfen ist.

Verf. stellte sich die Frage: Wie verhalten sich beim Neugeborenen bzw. während der ersten Lebensmonate diejenigen Reflexe, die beim Erwachsenen konstant anzutreffen sind? Kommt der Neugeborene auf die Welt schon im Besitze aller dieser Reflexe, die dem Erwachsenen eigen sind, und wenn nicht, läßt sich vielleicht eine gewisse Regelmäßigkeit bei deren Auftauchen bemerken? Er untersuchte daraufhin bei ungefähr 100 Kindern den Patellar- und Achillessehnenreflex, von den Hautreflexen die Bauchdecken und Kremasterreflexe. (Die Resultate der Untersuchung der Fußsohlenreflexe sind als unsicher fortgelassen.) Es wurden Kinder von den ersten Lebensmonaten bis über das 2. Jahr hinaus untersucht. Dabei ergab sich nun:

Der Patellarreflex war in allen Lebensaltern überall konstant, sogar sehr lebhaft.

Der Achillessehnenreflex war bei 64 Kindern im ersten Halbjahr nur viermal auszulösen. Er fängt erst in dem 5.—6. Lebensmonat an aufzutauchen, um immer häufiger zu werden, bis er im Beginn des zweiten Jahres auch konstant wird. Selbst unter Berücksichtigung gewisser Irrtümer bei der Auslösung dieses Reflexes muß angenommen werden, daß ein großer Teil der Neugeborenen diesen Reflex noch nicht besitzt.

Auch die Bauchdeckenreflexe erscheinen beim Jüngling erst in den späteren 8 Lebensmonaten häufiger und waren bei 22 Kindern zwischen 4,5—10 Monate in 41 % der Fälle auslösbar. Auch treten nicht alle vier Abdominalreflexe gleichzeitig auf.

Der Kremasterreflex war in den ersten Lebenswochen nicht konstant, konnte aber nach dem 4. Monat immer erzielt werden.

So gehört also der — immer auslösbare — Patellarreflex phylogenetisch zu den sehr alten und ist wirklich ein Rückenmarksreflex. Der Neugeborene kommt mit einem fertigen Rückenmark zur Welt, während das Großhirn erst später seine Entwicklung durchzumachen hat. Bekannt ist ja, daß der Großhirnreflex in den ersten 1—2 Jahren den Rückenmarkstypus (pos. Babinski) behält, erst später den Großhirntypus (neg. Babinski) annimmt.

Die Bauchdeckenreflexe stehen in engem Konnex zum Großhirn, was für ihre spätere phylogenetische Herkunft spricht und ihr späteres ontogenetisches Auftreten erklärt.

Die Resultate und die Anschauung des Verf.s stimmen sehr wohl mit den Tierversuchen überein. Während B. den Patellarreflex bei Kaninchen, Katze, Hund leicht und lebhaft hervorrufen konnte, fehlte konstant der Achillessehnenreflex. Dexler (Prag) bestätigte, daß der Achillessehnenreflex bei den Haustieren nicht auslösbar ist, ebenso auch die Abdominalreflexe. Beim Hengst und Stier fehlt auch sicher der Kremasterreflex. Auch diese Reflexe sprechen für den differenten phylogenetischen Charakter der verschiedenen Haut- und Sehnenreflexe. Arthur Stern (Charlottenburg).

J. Fischer (Wien), Über Blutungen am Beginne der Pubertät. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 25. Heft 4.) Interessante

Kasuistik: Fall 1: Stark anämisches 12 jähriges Mädchen, das seit 2 Jahren fast ununterbrochen an Zahnfleischblutungen leidet, verliert bei der ersten Menstruation sehr viel Blut in Stücken. Der Genitalbefund ist normal. Da Ergotin per rectum, Epirenan, Tamponade der Scheide, auch des Uterus mit Eisenchloridwatte und Tanningaze, unwirksam blieben, wurde die Curettage ausgeführt, die Erfolg hatte. Diagnose: Hämophilie. — Fall 2: 14 jähriges Mädchen blutet seit 6 Wochen. Hochgradige Anämie, Hämoglobingehalt 10 %. Punktförmige Blutungen an der Haut. Die Blutung aus dem Uterus steht auch hier auf Curettage, doch tritt nach 8 Tagen der Exitus an profuser Nasenblutung ein. Diagnose: Morbus maculosus Werlhofii.

Eine kurze Besprechung von 11 ähnlichen Fällen, in denen der Eintritt der ersten Menstruation mit stärkeren Blutungen verbunden war, beschließt die Arbeit. Wegscheider.

Ph. Biedert (Straßburg i. E.), Die weiteren Schicksale der von mir unter Kehrers Leitung unternommenen Untersuchungen über die chemischen Unterschiede der Menschen- und Kuhmilch. (Archiv f. Gynäkologie. Bd. 81. Heft 1. 1907.) „Eine Skizze“ nennt B. bescheiden diese historisch-kritische Übersicht über 101 Arbeiten aus dem Gebiete der chemischen Milchuntersuchung; sie ist ein durch literarische Hinweise begründetes Glaubensbekenntnis, abgelegt zu Kehrers 70. Geburtstag, dem dies ganze Heft des Archivs als Festschrift gewidmet ist. Vor 40 Jahren begann B. bei Kehrer in Gießen seine grundlegenden Studien und bekannten mühevollen Untersuchungen über die chemischen Unterschiede zwischen Menschen- und Kuhmilch, und die Saat ist herrlich aufgegangen. Wenn auch das Selbststillen der Mütter fast immer die idealste Säuglingsernährung bleibt, so haben die zahlreichen Arbeiten, über deren Resultate hier unter berechtigter Wahrung der Priorität zusammenfassend berichtet wird, doch manche Anhaltspunkte für den oft notwendigen Ersatz der Muttermilch in den ersten Monaten gegeben. „Von der klinischen Beobachtung an schon notleidenden kranken Kindern muß auch, um bald zu verwendbarer Auswahl von Ernährungsmethoden für Gesunde und Kranke und zu zweckmäßig begründender wissenschaftlicher Bearbeitung zu kommen, die in Aussicht stehende und — wenn sie überhaupt sein soll — große Versuchsanstalt für Ernährung ausgehen.“

Inzwischen ist der Grundstein zu dieser Anstalt im Herbst 1907 ja in Charlottenburg gelegt worden. Wegscheider.

Walb, Über die Anwendung der Luftdusche bei Kindern. (Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 74.) Es ist bekannt, daß das Politzersche Verfahren, zu dessen Gelingen beim Erwachsenen ein Schlingackt oder das Aussprechen eines Wortes mit nasalem Timbre erforderlich ist, bei Kindern schon gelingt, wenn es beim Schreien derselben ausgeführt wird. Häufig gewöhnen sich nun die Kinder an die schmerzlose Prozedur und schreien nicht, sind aber zu klein, um sonstigen Anordnungen Folge zu leisten. Ein gutes Hilfsmittel zum Gelingen der Luftdusche ist in diesen Fällen, durch Berühren des weichen Gaumens mit dem Finger oder dem Spatel eine Würgebewegung zu

erzeugen, während welcher das Verfahren leicht gelingt. Im Säuglingsalter genügt die leichte Kompression eines kleinen Ballons, die Luft dringt, ob die Kinder schreien oder nicht, ins Mittelohr.

A. Sonntag (Berlin).

Stock, Über eine bis jetzt noch nicht beschriebene Form der familiär auftretenden Netzhautdegeneration bei gleichzeitiger Verblödung. (Aus d. Univ.-Augenklinik Freiburg.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. März. 1908.) Es ist eine schon lange bekannte Tatsache, daß bei Idiotie eine Pigmentdegeneration vorkommt. Die Fälle, über die Verf. berichtet, stellen nun insofern einen ganz besonderen Typ der Verblödung zusammen mit Retinitis pigmentosa dar, als die Erkrankung bei allen erst zur Zeit der zweiten Dentition aufgetreten ist, während die Kinder vorher gesund waren. Es ist das ein Zusammentreffen von Netzhaut- und Gehirnerkrankung, das außerordentlich interessant und in dieser Art bis jetzt nicht beschrieben ist: Bei drei Kindern derselben Familie setzt ungefähr im 6. Lebensjahr eine Verblödung mit Sehherabsetzung und Erblindung ein, eine Erkrankung, die sich klinisch wie pathologisch-anatomisch wesentlich von der Tay-Sachsschen Form der amaurotischen Idiotie unterscheidet.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

A. Feitler, Über Nabelversorgung. (Aus der I. Univers.-Frauenklinik in Wien.) (Wien. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 15.) Porak berichtete 1901 über die nach Versorgung des Nabels mittels eines von ihm konstruierten Instrumentes — Omphalotribe — gewonnenen, äußerst günstigen Resultate. Seit Oktober 1907 wird an der Schautaschen Klinik dieses Verfahren — etwas modifiziert — angewendet, wobei die Abklemmung aber mittels einer mittelstarken Pince haemostatique geschieht, wie sie sich im Instrumentarium jedes Arztes befindet. Die Technik ist folgende: Die Nabelschnur wird in gebräuchlicher Weise ca. 6 cm vom Nabel entfernt abgebunden. Nach dem Bade wird die Nabelgegend sorgfältig gereinigt und die ausgekochte, in Alkohol bereitliegende Pince knapp über dem Hautrande — mit Vermeidung des rötlichen Saumes von Kapillaren (Circulus arteriosus umbilicalis Hyrtl) angelegt, der Nabelschnurrest mittels eines Skalpells oder Knopfmessers unmittelbar über dem Instrumente abgeschnitten. Die Pince bleibt mindestens 10 Minuten liegen; nach Abnahme derselben präsentiert sich die abgeklemmte Partie der Nabelschnur als eine fast papierdünne Membran. Der Nabelverband besteht aus steriler hydrophiler Gaze und einer 5 cm breiten Kalikotbinde. Das Kind wird während seines Aufenthaltes in der Klinik nicht gebadet. Der Nabelverband wird täglich gewechselt.

600 Neugeborene wurden so behandelt. Einen besonderen Vorzug der Methode bietet die einfache, auch einem mindergeschulten Personale anzuvertrauende Nachbehandlung. Schon am 2. Tage ist der Nabel von einer festhaftenden, dunkelgefärbten, trockenen Borke

bedeckt, das Nabelbett eingesunken. Beim Verbandwechsel ist der Nabel keinerlei Zerrungen ausgesetzt, etwa anhaftende Gaze wird belassen. An Stelle des Bades wurden die Kinder an den beschmutzten Körperteilen gewaschen, sodann der ganze Körper mit Vermeidung der Nabelgegend mit einem indifferenten Fette eingerieben. Nach dem Abfall der Borke trat in vielen Fällen eine geringe seröse Sekretion auf, welche durch Aufstreuen von Dermatolpulver auf ein Minimum zu reduzieren ist. Nach wenigen Tagen schwindet gewöhnlich die Sekretion, von da ab zeigt der Nabel vollkommen trockene Beschaffenheit.

Die Methode hat sich, in bezug auf die beiden Hauptgefahren, Blutungen und Infektion, verläßlich gezeigt. Der Abfall des Nabelschnurrestes vollzog sich im allgemeinen ziemlich früh. Es fiel die Borke ab

am 2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. Tage
bei 1	9	57	124	110	81	110	57	27 Kindern

24 Kinder wurden mit festhaftender Borke entlassen. Es kam also am 1.—5. Tage in 31,83 $^0/_0$, am 6.—10. Tage in 64,17 $^0/_0$ der Fälle zum Abfall des Nabelstrangrestes, gewiß ein günstiges Resultat.

Grätzer.

F. Bittner (Eger), Die Klappsche Skoliosenbehandlung (Kriechmethode) und ihre Anwendung von seiten des praktischen Arztes. (Prager med. Wochenschrift. 1908. Nr. 13.) B. hat mit der „Kriechmethode“ so günstige Resultate erreicht, daß er sie den praktischen Ärzten warm empfiehlt. Freilich müssen sie sich das Verfahren gründlich aneignen, nicht sich nur oberflächlich darüber orientieren.

Grätzer.

E. Quirsfeld (Rumburg), Ergebnisse photometrischer Untersuchungen in Schulen. (Prager med. Wochenschrift. 1908. Nr. 13.) Auf Grund seiner Untersuchungen verlangt Q. bei Schulneubauten:

1. Möglichste Stellung der Lehrzimmer nach N., NO. oder NW.
2. Möglichst freie und erhöhte Lage des Gebäudes.
3. Große, nahe an die Zimmerdecke reichende Fenster mit einem Verhältnis der Glasfläche wie 1 : 5.
4. Eine nicht über das Doppelte der Fensterhöhe reichende Zimmertiefe mit Erzielung des Einfalles direkten Sonnenlichtes auf jeden Platz.
5. Sehr schmale Fensterpfeiler.
6. Möglichste Verringerung der Holzteile in den Fenstern.
7. Tunlichste Verlegung der Lehrzimmer in die Stockwerke.
8. Anbringen lichtgrauer, stark durchscheinender Gardinen derart, daß gerade nur direkte Sonnenstrahlung abgehalten wird.
9. Möglichste Fernhaltung aller Gegenstände von den stets in Weiß oder Grau zu erhaltenden Wänden.
10. Verbot des Haltens von Topfgewächsen in Fenstern.
11. Eine Aufeinanderfolge der Unterrichtsgegenstände in Klassenzimmern mit direkter und andauernder Sonnenstrahlung, unter besonderer Rücksichtnahme auf die Beschäftigung des Kindes, um selbst die besten Gardinen entbehrlich machen zu können.

Grätzer.

C. Sarfels, Über Spondylitis tuberculosa. (Aus dem städt. Kinderhospital in Riga.) (St. Petersburger med. Wochenschr. 1908. Nr. 9 u. 10.) S. zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Wir brauchen dringend ein Strandsanatorium für chirurgisch-Tuberkulöse.

2. Eine Spondylitis mit akuten Erscheinungen darf nur im Bett behandelt werden, sofern man nicht die Technik des Calotschen Gipskorsetts beherrscht.

3. Ein großer Teil der bei uns im Gebrauch befindlichen orthopädischen Korsetts entspricht den Forderungen der Immobilisation und Entlastung der Wirbelsäule in ungenügender Weise.

4. In der Hauspraxis sind von mechanischen Methoden die Extension, die Reklination und das Phelpssche Stehbett anwendbar.

5. Jedes gewaltsame Redressement des Gibbus ist zu verwerfen.

6. Das Redressement des Gibbus ist aber nicht nur zulässig, sondern auch wünschenswert, wenn es mit entsprechender Auswahl der Fälle und mit langsam wirkenden Methoden ausgeführt wird.

Grätzer.

E. Ferraris-Wyss, Ernährungsversuche mit dem Buttermilchgemisch: Holländische Säuglingsnahrung. (Aus dem Kinderspital Zürich.) (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 3.) Der Schluß der Arbeit lautet: „Soll ich aber zum Schluss mich aussprechen über den Eindruck, den mir die Holl. Säuglingsnahrung hinterlassen, so kann ich sagen, daß ich sehr froh bin, sie zur Verfügung gehabt zu haben, besonders bei Fall I und II, wo, wie ich glaube, das Schicksal der Kinder damit entschieden wurde. Ich werde die Vilbelsche Buttermilch darum stets mit Vorliebe bei Arten allgemeiner Atrophie verwenden, wo sie nach meiner Ansicht am geeignetsten ist, werde sie gern auch benutzen bei anämischen, rachitischen Kindern mit schwachem Magen, hingegen sie nur mit großer Vorsicht gebrauchen bei akuten Darmkatarrhen, die mit schweren Intoxikationssymptomen verbunden sind.“ Grätzer.

Tanzo Yoshida, Über Meningismus der Säuglinge. (Mitteil. der Medizin. Gesellsch. zu Tokyo. Band 21. Heft 16—17. Tokyo 1907; japanisch.) Der Verf. hat während der Jahre 1903—1905 (3 Jahre) in Taihoku (Formosa) eine Art Kinderkrankheit beobachtet, die der Meningitis ähnliche Symptomenkomplexe aufweist. Er hat über dieselbe eine japanische Abhandlung unter dem Titel „Über Meningismus der Säuglinge“ geschrieben und veröffentlicht. Sie enthält folgende Kapitel:

I. Einleitung. II. Wichtige Literaturreferate. III. Eigene Beobachtungsfälle. IV. Deduktionen aus den Fällen a) Ätiologie, b) Symptome, c) Diagnose, d) Pathologische Anatomie, e) Therapie. V. Schlußfolgerungen.

Von dieser Krankheit werden Säuglinge befallen und zwar meistens im Alter von 8—12 Monaten. Im Anfangsstadium zeigt der Patient dyspeptische Symptome, die Körperkraft nimmt ab und Konvulsionen treten auf. In 2—6 Wochen verläuft die Krankheit fast ohne Fieber meistens letal.

In Taihoku kommt die Krankheit in der Regel im Sommer, Mai bis September, vor. Die Patienten sind meistens Brustkinder. Die Ursache der Krankheit ist noch nicht klar. Diagnostisch wichtige Symptome sind: Appetitlosigkeit, Erbrechen, blasses und unlustiges Aussehen, Strabismus, Glanzlosigkeit der Hornhaut, klonische oder tonische Krämpfe in den Extremitäts- und Gesichtsmuskeln, aber keine Nackenstarre, fast völlige Fieberfreiheit im ganzen Verlaufe der Krankheit, mit Ausnahme bei starken Krämpfen, Durchsichtigkeit und geringerer Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit.

Der pathologisch-anatomische Befund ergibt nichts anderes als eine follikuläre Entzündung des Ileums und des Kolons, die angeschwollenen Follikel zeigen indessen nicht die charakteristische Neigung zur Nekrose. Das Gehirn, die Gehirnhäute und die sonstigen Organe sind unverändert.

Die in Frage stehende Krankheit gleicht nach der Annahme des Verf.s in einigen Punkten dem Meningismus oder der Pseudomeningitis europäischer Gelehrter, sie kann auch als eine „gastrointestinale Autointoxikation“ bezeichnet werden, in keinem Falle aber ist sie nach der Ansicht des Verf.s als Meningitis zu betrachten.

(Autoreferat).

M. Péhu (Lyon), Sur le traitement des diarrhées du premier âge par les solutions de gélatine. (Archives de méd. des enfants. 1907. Nr. 9.) Der Verf. hat im Laufe von 5 Jahren die Gelatine bei verschiedenen Magendarmerkrankungen des Kindesalters angewendet und gefunden, daß dieselbe einen sehr günstigen Einfluß auf die Krankheit ausübt. Zur Anwendung muß nur eine mit großer Sorgfalt gereinigte Leimsubstanz gelangen, und hat P. dieselbe sich von einer Fabrik photographischer Platten liefern lassen, da bekanntlich für die lichtempfindlichen Platten nur eine mit der größten Sorgfalt hergestellte Gelatine zur Verwendung gelangt. Dieselbe wird dann in Wasser, im Verhältnis von 1:10 gelöst und im Autoklav bei einer Temperatur von 120° sterilisiert. Nach sorgfältiger Filtrierung wird die Lösung in Probegläser geschüttet und mit steriler Watte verstopft. Vor der Benutzung müssen die Gläser auf dem Wasserbade gewärmt werden, und man gießt dann die notwendige Menge in die Milch des Kindes, derart, daß in 24 Stunden etwa 10 g Gelatine verbraucht werden. Doch kann, nach Bedarf, diese Menge ohne Sorge überschritten werden, da ja die Leimsubstanz ein ganz inoffensiver Körper ist.

Die Krankheiten, bei welchen diese Behandlungsmethode durchgeführt wurde, waren: Sommerdiarrhöen, Gastro-Enteritis infolge von unzweckmäßiger Ernährung, Dyspepsie mit oder ohne Pylorospasmus, dysenterieforme Entero-Colitis usw. Ausgenommen sind von dieser Behandlung die Fälle von Cholera infantilis und jene Magendarmerkrankungen, bei welchen es sich um wirkliche digestive Allgemeininfektionen handelt, wo die Krankheit bereits auf verschiedene wichtige Organe, wie Leber, Nieren usw., übergegriffen hat. In solchen Fällen kann man selbstverständlich von der Leimbehandlung nicht viel erwarten.

E. Toff (Braila).



E. Weill et **Lucien Thévenot** (Lyon), Le rhumatisme des enfants. (Archives de méd. des enfants. 1907. Nr. 11.) Man beobachtet im Kindesalter, außer dem gewöhnlichen Gelenkrheumatismus, welcher zu chronischer Perikarditis und Endokarditis führt, noch eine besondere klinische Form, welche die Verfasser mit dem Namen Rheumatismus visceralis bezeichnen, bei welchem die Krankheit die Gelenke gar nicht oder nur sehr leicht berührt, sich aber hauptsächlich in den inneren Organen, namentlich im Herzbeutel und Herzmuskel lokalisiert. Der Beginn ist ein schleichender; es treten unbestimmte Schmerzen in den Gliedern oder in den Gelenken auf, doch ohne Schwellung und ohne Röte. Nach einigen Monaten, selbst Jahren, stellen sich Schmerzen in der Präkordialgegend und etwas Dyspnöe ein. Bei der Untersuchung findet man perikardiales Reiben, Vergrößerung des Herzens und der Leber, doch keine Cyanose und keine Ödeme. Die Temperatur ist schwankend, steigt auf 38—38,5°, um dann wieder bis zur Normalen, oder nahezu, zu fallen. Es besteht Appetitlosigkeit, Blässe, oft treten Hämoptisien auf. Die Krankheit dauert 3, 4, selten 6 Monate und endet tödlich, indem in schleichender Weise Symptome der Herzschwäche auftreten, doch bestehen weder Ödeme noch Asystolie.

Bei der Nekropsie dieser Fälle findet man außer den Erscheinungen der Perikarditis und der Herzhypertrophie auch solche einer Myokarditis, Vermehrung der Muskelkerne, Zerklüftung der Fasern, Vakuolenbildung und stellenweise Trübung des Gewebes.

Die Lungen zeigen kongestionierte und verdichtete Stellen und in der Pleurahöhle findet man manchmal Exsudat in geringen Quantitäten.

Das Allgemeinbefinden ist scheinbar ein gutes, und falls der Kranke sich im Bette ruhig verhält, die Dyspnöe und beschleunigte Herztätigkeit verschwunden ist, würde man kaum die Gefährlichkeit des Zustandes, welcher in relativ kurzer Zeit zum Tode führt, vermuten. Man soll sich aber diese Umstände immer gegenwärtig halten, falls man bei einem Kinde perikardiale und endokardiale Geräusche, Herzhypertrophie mit zeitweiligen febrilen Temperaturen vorfindet.

E. Toff (Braila).

Vivier (Paris), Traitement de la fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant. (La presse médicale. 1908. Nr. 7. p. 49.) Der epikondyläre Bruch des unteren Humerusendes gehört zu den häufigen Verletzungen des Kindesalters und wird hauptsächlich durch einen Fall auf den Ellbogen hervorgerufen. Von der richtigen Behandlung desselben hängt hauptsächlich die Funktionsfähigkeit des Gelenkes ab. Wird dieselbe nicht in zweckentsprechender Weise durchgeführt, so gelangen die Frakturteile nicht in guten Kontakt und die Heilung kommt derart zustande, daß das untere Bruchfragment nach rückwärts gerückt ist, während der Humerus nach vorne verschoben wird und hierdurch wohl eine Streckung des Armes, nicht aber eine Beugung über den rechten Winkel möglich ist. Um dem entgegen zu arbeiten, legt V. den Gipsverband bei den betreffenden Armbrüchen bei starker Beugestellung des Vorderarmes an. Durch Hyperextension werden die Fragmente einander genähert, dann durch

starke Beugung und direkten Druck adaptiert. In dieser Stellung wird ein Gipsverband angelegt und in der Ellbogenbeuge ein ziemlich großes Fenster, welches hauptsächlich auf die Beugefläche des Oberarmes sich erstreckt, ausgeschnitten. Hier wird durch nach und nach an Zahl immer vermehrte Watteschichten und einige Bindentouren über denselben eine Kompression auf das untere Humerusende ausgeübt und so dasselbe nach hinten gedrängt. Nach 15 Tagen wird der bis dahin locker gewordene Verband abgenommen und ein frischer, gut anliegender gemacht. Nach weiteren 15 Tagen wird mit Massage, passiven und aktiven Bewegungen begonnen. Auf diese Weise sind bei den in Rede stehenden Frakturen die besten Resultate zu erzielen. Doch kann nicht geleugnet werden, daß es gerade die Brüche der Ellbogengegend sind, die eine lange andauernde Steifigkeit des Gelenkes nach sich ziehen, und daß es praktisch von Wichtigkeit ist, eine reservierte Prognose mit Bezug auf die Wiedererlangung der normalen Beweglichkeit zu stellen. **E. Toff (Braila).**

C. Nicolle et **E. Cassuto** (Tunis), Infection splenique infantile à corps de Leishman-Donovan. Ses rapports avec la Kalà-Azar et l'anémie splenique infantile. (La presse médicale. 1908. Nr. 12.) Die Verfasser beschreiben eine Krankheit, welche sie in Tunis bei mehreren Kindern zu beobachten Gelegenheit gehabt hatten und welche eine gewisse Ähnlichkeit mit der von den indischen Ärzten unter dem Namen Kalà-Azar bezeichneten tropikalen Splenomegalie zu haben scheint. Die Hauptsymptome sind: Unregelmäßiges Fieber, welches auf Chiningebrauch nicht weicht, bedeutende Vergrößerung der Milz, Diarrhöen, Auftreibung des Bauches, Anämie und progressive Abmagerung, die schließlich zum Tode führen. Mikroskopisch wurden hauptsächlich im Inneren der großen Mononukleären kleine Körperchen, die sich am meisten den von Leishman bei der erwähnten tropischen Krankheit beschriebenen nähern, aufgefunden. Dieselben sind länglich oder oval, haben einen runden und einen stäbchenförmigen Kern (Karyosome) und in einer gewissen Entwicklungsstufe ein peitschenförmiges Anhängsel. Sie vermehren sich durch Längsteilung. Während des Lebens werden sie nur im Milzblute gefunden, und auch nach dem Tode konnten die Parasiten nur in einem Präparate aus dem peripheren Blutkreislaufe aufgefunden werden. Ferner fand man die Leishmanschen Körperchen in den Endothelien der Leberkapillaren und spärlich in denjenigen der Mesenterialganglien. Kulturen auf Novy-Néalschem Nährboden ergaben ein positives Resultat und scheinen dieselben sich am besten bei einer Temperatur von 22° zu entwickeln. Eine Ätiologie konnte noch nicht aufgefunden werden; am meisten scheint die Krankheit Ähnlichkeit mit der von Pianese in einer neueren Studie beschriebenen splenischen infantilen Anämie zu haben, die schon Henoch bekannt gemacht hat, aber bei welcher der italienische Autor ebenfalls Leishman-Donovansche Körperchen auffinden konnte. Nichtsdestoweniger halten Nicolle und Cassuto dafür, daß ihre Fälle wohl Ähnlichkeit, doch keine Identität mit der indischen Splenomegalie aufweisen, schon aus dem Grunde, weil dieselbe nur Erwachsene befällt, während es sich in ihren Fällen um Kinder im

Alter von 5, 6, 18 und 20 Monaten gehandelt hatte. Als Behandlung werden Einspritzungen mit Atoxyl empfohlen. E. Toff (Braila).

Comby, Rumination chez une fillette de trois ans. (Gaz. des hôp. 1907. Nr. 56.) Verdauungsstörungen unklarer Natur gaben den Anlaß, das Kind dem Arzt zuzuführen. Es ist klein, zart, nervös, litt früher an einer Enterocolitis und Konstipation. Das Kind zeichnet sich durch starken Appetit und ziemliche Gefräßigkeit aus. Seit 3 Monaten wurde die Aufmerksamkeit der Eltern durch eine ungewöhnliche Erscheinung in Anspruch genommen. Einige Minuten nach der Mahlzeit kommt die Nahrung wieder in den Mund herauf, wo sie einige Zeit verweilt, bevor sie das Kind von neuem schluckt. Diese Rumination dauert mindestens 2 Stunden. Die Mutter sucht das Kind zu zwingen, die regurgitierte Nahrung auszuspucken, aber das Kind weigert sich. Es hat sogar an dieser Beschäftigung Vergnügen, wenn es sich um seine Lieblingsspeisen, Süßigkeiten, Kuchen usw. handelt. Der Allgemeinzustand ist gut, die Untersuchung der verschiedenen Organe ergab nichts Besonderes. In der Familie ist indes Analoges nicht bis jetzt vorgekommen. In der vorliegenden Beobachtung handelt es sich also anscheinend um einen isolierten Fall von Rumination. Bisweilen hat diese Eigentümlichkeit einen ausgesprochen familiären Charakter. So hat Brockbank (Brit. med. Journ. 1907. 23. Febr.) jüngst von einer Familie einige interessante Daten beigebracht, in der von 8 Mitgliedern 6 das Phänomen des Wiederkäuens boten. Der 36 jährige Vater, der seit seiner frühesten Kindheit wiederkaute, hat von seiner in dieser Beziehung normalen Ehefrau 6 Kinder; 5 sind Wiederkäuer; ob es das jüngste, ein 6 monatiges Kind auch werden wird, wie seine Brüder und Schwestern, ist vorläufig nicht mit Sicherheit zu sagen. Man hat oft auf das hereditär nervöse Moment hingewiesen, und so ist Comby geneigt, die Erscheinung der Rumination als eine Neurose des Digestionstraktus zu betrachten, die vielleicht durch Psychotherapie geheilt oder gebessert werden kann. H. Netter (Pforzheim).

A. S. Wilner, Abducenslähmung nach Influenza. (Arch. of Pediatrics 1907. S. 18.) Nach einem mild verlaufenen, nur 3 Tage dauernden Influenzaanfall bekam das 5 jährige Mädchen bald danach diffuse Bronchitis und am dritten Tage eine akute Otitis media. Beständig Fieber und 7 Tage später Mattigkeit und Schläfrigkeit. Am 8. Tage Strabismus internus rechts; später verlangsamt und unregelmäßig. Prostration, Somnolenz und Anorexie. Man dachte an eine tuberkulöse Meningitis oder Cerebellarabszeß. Unter expektativer Behandlung trat schließlich eine Heilung ein, und nach 3 monatigem Bestand war schließlich auch der Strabismus verschwunden. Ähnlich dem diphtherischen Gift übt auch das der Influenza einen toxischen Einfluß auf das Nervensystem aus. Mix unterscheidet 5 Gruppen von nervösen Komplikationen: 1. Prodromalstadium: Kopfschmerz, Neuralgie, Delirium, Koma. 2. Im Verlauf der Krankheit: Entzündliche Erkrankung von Gehirn, Rückenmark und Meningen; entweder toxisch-degenerativ oder entzündlich-eitrig. 3. Während der Rekonvaleszenz: Funktionelle Neuralgien und Myalgien und organische

Neuritis toxikalen Charakters. 4. Folgezustände: Epilepsie, Neurasthenie und Hysterie toxischen Ursprunges. 5. Psychosen: von der einfachen Manie bis zum Wahnsinn, in jeder Krankheitsperiode auftretend, am häufigsten jedoch während der Rekonvaleszenz. Der beschriebene Fall ist eine Herdneuritis und gehört zur dritten Gruppe. Die einzelnen Hirnnerven scheinen gegenüber dem Influenzagift eine besondere Prädilektion zu haben. Der Rectus internus eines oder beider Augen ist der meistbefallene Muskel, aber jeder andere Augenmuskel kann natürlich auch erkranken. Der langsame, unregelmäßige Puls wies auf eine Mitbeteiligung des Herzens in dem Krankheitsprozeß hin, die nach der Ansicht der Verfasserin eine toxische und funktionelle Neurose der kardialen Vagusfasern war.

Die Paralyse von Herz- und respiratorischen Muskeln kann zum plötzlichen Tod führen. Somnolenz ist ein anderes und häufiges charakteristisches Influenzasymptom, das meist von hohem Fieber begleitet ist und frühzeitig sich einstellt. Sie beruht wahrscheinlich auf einer direkten Einwirkung der Influenzamikroben.

H. Netter (Pforzheim).

Young, Laminectomy for tuberculosis of the spine. (Annals of Surgery 1907, Februar.) In der Novembersitzung (1906) der chirurgischen Akademie in Philadelphia stellte Young ein 14jähriges Mädchen vor, bei dem die Laminektomie vorgenommen worden war. Bei einem Sturz auf dem Eis am 7. Februar 1902 war das Mädchen mit der Dorsalregion gegen eine Sprosse gestoßen. 2 Monate danach wurde im Orthopädischen Hospital ein Stützverband angelegt. Im Frühjahr 1903 begannen die Beine immer kraftloser zu werden. Mit geringen Intervallen einer Besserung verschlimmerte sich der Zustand und das Gehen wurde immer schwieriger. Der 8., 9. und 10. Wirbel bildeten eine deutliche Kyphose, schließlich bestand eine völlige Paraplegie. 14 Monate vor der Operation wurden die Beine spastisch, die Kniereflexe gesteigert, deutlicher Fußklonus, Babinskis Phänomen beiderseits mit zeitweise gekreuzten Reflexen. Etwas motorische Kraft war immer noch vorhanden. Im November 1904 konnte sich die Kranke um das Bett herum bewegen, mit Unterstützung, wenn auch ungeschickt, sich aufrecht halten. Eine Woche später konnte sie allein gehen. Diese bedeutende Besserung machte bald einem Rückfall Platz. Im April 1905 war die Kranke völlig paralytisch und litt ferner an leichter Inkontinenz. Im Juli 1905 komplette motorische Lähmung mit leichter Inkontinenz, die weiterhin zunahm, bis, zur Zeit der Operation, völlige Inkontinenz und motorische und sensible Lähmung vorhanden waren. Am 19. Januar 1906 wurde eine 5 Zoll lange Inzision gemacht vom 3. bis 11. Brustwirbel, die Dornfortsätze vom 9. und 10. Wirbel wurden entfernt, die Lamina des 9. Wirbels ebenfalls. Rechts von letzterem wurde ein Abszeß geöffnet und drainiert. Am 26. Februar war die Empfindung in beiden Beinen wieder zurückgekehrt, wenn auch noch schwach. Die Patellarreflexe waren gesteigert, Fußklonus und Babinski beiderseits vorhanden, Wärmeempfindung noch herabgesetzt. Die weitere Behandlung bestand in der Anwendung der Elektrizität und Massage und Aufenthalt an der See. Die motorische Kraft stellte sich all-

mählich wieder ein. Der Abszeß schloß sich, und bei der Vorstellung am 5. November 1906 konnte die Patientin auf eine kurze Distanz ohne Unterstützung gehen und hatte wieder vollkommene Kontrolle über Blase und Darm. Der Fall illustriert die Möglichkeit der Heilung durch eine Laminektomie nach völligem Verlust der motorischen und sensiblen Funktionen. H. Netter (Pforzheim).

F. A. Goeltz, Thoracotomia anterior, erfolgreich ausgeführt wegen eines im Bronchus eingekeilten Fremdkörpers. (Annals of Surgery. März 1907.) Da die besten Zugangswege für die Bronchotomie wegen eines Fremdkörpers noch zur Diskussion stehen, ist es nicht ohne Interesse, den von Goeltz erzielten Erfolg näher zu skizzieren, der von vorn aus vorging. Ein $7^3/_4$ Jahre altes Kind hatte einen Hemdenknopf in seinem Mund, als während einer energischen Inspiration der Gegenstand verschwand. Sogleich stellte sich ein kurzer Anfall von Dyspnoe und Husten ein; die folgende Nacht war durch heftigere Erstickungsnot gestört. Am folgenden Tage brachten die Eltern das Kind in das Hospital. Bei der Untersuchung erschien die Atmung leicht; rechts bestand vorn und hinten leichte Dämpfung. Temperatur, Puls und Respiration waren normal. Eine Röntgenuntersuchung fiel negativ aus. Die Diagnose wurde auf einen Fremdkörper im rechten Bronchus gestellt. Wegen des Zögerns der Eltern konnte der vorgeschlagene Eingriff erst 48 Stunden nach dem Vorfall vorgenommen werden. Zunächst wurde die Tracheotomia inferior gemacht, ohne daß auf diesem Wege die Exstirpation des Fremdkörpers gelungen wäre; es wurde nun mit Sicherheit festgestellt, daß er im rechten Bronchus festsaß. Indem man von der Tracheotomiewunde aus die Narkose fortsetzte, wurde eine Thorakotomie nunmehr gemacht: Hufeisenförmiger Schnitt, beginnend am mittleren Teil des Schlüsselbeins, gegen den rechten Sternalrand verlaufend, um $2^1/_2$ cm von diesem entfernt umzubiegen und $2^1/_2$ cm vor der Brust zu endigen. Die Knorpel der 3. und 4. Rippe wurden 12 mm vor ihrem Sternalansatz durchtrennt und die entsprechenden Rippen an der Basis des Knochen-Muskel-Hautlappens gebrochen. Beim Zurückklappen wurde die befallene Lunge deutlich sichtbar, durch das Lungengewebe hindurch war der Knopf fühlbar; da jedoch der die Bronchus bedeckende Lungenabschnitt sich nicht retrahieren ließ, wurde er auf eine Länge von 12 mm inzidiert. Eine Hämorrhagie erfolgte daraufhin nicht. Währenddessen fixierte ein Assistent den Fremdkörper aus den Bronchus von hinten her, der Bronchus wurde geöffnet und der im Schleim eingebettete Knopf ohne Schwierigkeit extrahiert. Lungen und Bronchus ließ man, ohne sie zu nähen, zurückgehen. Die Wunde wurde ohne Drainage geschlossen. Der Zustand war nach diesem Eingriff relativ befriedigend. Beim Erwachen traten einige heftige Hustenanfälle ein. Beim Verbandwechsel am Abend bemerkte man das Entweichen von Luft aus der Hautwunde und beim Auskultieren konnte man ein pfeifendes Geräusch zugleich mit jeder Inspiration hören, herrührend offenbar vom Passieren der Luft durch die Lungen-Bronchuswunde. Am folgenden Tage hatte das Phänomen aufgehört. Nach der Operation hatte man die Tracheotomiewunde geschlossen, wegen des subkutanen Emphysems hatte man sie für einige Tage

wieder geöffnet. Ohne daß eine Infektion der Pleurahöhle eingetreten wäre, erholte sich der Knabe trotz all dieser verschiedenen Zwischenfälle allmählich und vollständig. 3 Wochen post operat. war gänzliche Heilung eingetreten. Die frühzeitige Operation war nach der Überzeugung des Autors einer der Hauptfaktoren für den glücklichen Ausgang. Es kommt darauf an, nicht die beste Zeit damit zu verlieren, daß man von einer Tracheotomiewunde aus den Fremdkörper zu exstirpieren versucht. H. Netter (Pforzheim).

Thomson und **Buchmann,** Vier Fälle von Geburtsverletzung der Augen. (The Ophthalmoscope. April 1907.) Im 1. Fall (Zangengeburt) erfolgte eine Hornhauttrübung mit Geschwürsbildung. Der Heilverlauf war sehr langsam. Im 4. Falle, wo es sich um eine Querlage gehandelt hatte und Wendung und Zange notwendig war, lag bei der Geburt der rechte Bulbus auf der Wange, nur noch am Nervus opticus, Musculus rectus externus und obliquus superior hängend.

Jedenfalls sind Geburtsverletzungen der Augen nicht so selten, wie die Praktiker annehmen; sie werden sicherlich vielfach übersehen, wie z. B. intraokulare Hämorrhagien. — Es sei hier an den interessanten Vortrag von Sicherers auf dem Ophthalmologenkongreß 1907 erinnert, der an der Münchener geburtshilflichen Klinik 400 Augen Neugeborener systematisch untersuchte und häufig, auch bei Spontangeburten, Netzhaut-(Stauungs-)Blutungen konstatierte. Ob freilich diese Retinalblutungen, wie es ja naheliegend erscheint und manche Autoren annehmen, wirklich die Ursache abgeben für die sogenannte Amblyopie ohne Befund und für sekundäre Schielablenkung dieser schlecht sehenden Augen, ist noch unentschieden. Sommer (Mayen).

Alfonso Montefusco, Sulla intubazione per croup nei bambini poppanti. (La Pediatria. Februar 1908.) Verf. hat in der Zeit von 1902—1907 im ganzen 74 Säuglinge mit Krupp unter 10 Monaten behandelt; von diesen sind 22 (29,7 $^0/_0$) gestorben. Die Gesamtsterblichkeit an Krupp betrug in diesen Jahren am Ospedale Cotugno in Neapel 18 $^0/_0$. Unter den 74 Säuglingen war bei 29 die Intubation nicht notwendig, von diesen starben 2 (6,8 $^0/_0$) an Pneumonie; bei den anderen 45 mußte die Intubation gemacht werden, und von diesen starben 20 (44,4 $^0/_0$), und zwar 16 an Bronchopneumonie, 3 an Intoxikation und einer an Asphyxie.

Die Schlüsse, zu denen Verf. gelangt, sind folgende: Die Intubation bietet beim Säugling keine besondere technische Schwierigkeit und hindert nicht die normale Ernährung. Die größere Mortalitätsziffer beruht auf der geringeren Resistenz des Säuglingsorganismus gegen die diphtherische Infektion, sowie auf der größeren Häufigkeit der bronchopneumonischen Komplikationen in diesem Alter, ebenso wie ja auch die Sterblichkeit der tracheotomierten Säuglinge eine höhere ist. Es würde sich empfehlen, dem O'Dwyerschen Besteck für Säuglinge unter einem Jahr noch eine etwas kleinere Tube hinzuzufügen. F.

Artemio Magrassi, La cistotomia suprapubica nella calcolosi vesicale del bambino. (La Pedriatria. Februar 1908).

Verf. hat innerhalb 5 Jahren 20 Fälle bei Kindern wegen Konkrementbildung der Harnwege operiert; 17 mal handelte es sich um Blasensteine, 3 mal um Urethralsteine, das Alter der Patienten schwankt zwischen 15 Monaten und 8 Jahren. In den 17 Fällen von Blasenstein wurde die Cystotomia suprapubica gemacht. Nur in einem Falle trat am Tage nach der Operation der Exitus ein. Der 6 jährige Patient hatte reichliches Erbrechen gehabt, und man fand bei der Sektion die Umgebung der Wunde und die Bauchhöhle völlig in Ordnung, dagegen im Nasenrachenraum mehrere tote Askariden und in der Trachea einen langen U-förmig gebogenen Wurm, dessen nach oben gebogene Enden durch die Glottis hindurchragten. Der Parasit war beim Erbrechen aus dem Magen herausgeschleudert worden und dann bei einer tiefen Inspiration in den Kehlkopf geraten. F.

Hauch (Däne), Oligohydamnios und Mangel an Nieren bei einem übrigens gut entwickelten Kinde. (Aus der Kgl. Entbindungsanstalt.) (Hospitalstidende 1908. Nr. 11.) Die Mutter war 26 Jahre alt, II para. Das erste Kind war normal. Sie hatte ihre Menstruation letztes Mal anfangs März. In der Mitte der Schwangerschaft wurde sie im Spital für Diphtherie mit Nephritis und Akkommodationsparesen behandelt, später hatte sie leichte diphtherische Paresen. Die Entbindung fand am 17. November statt. Der Fötus lag in zweiter Sitz-Fußlage, wurde bis zum Kopf in den Häuten geboren; es war höchstens 30 g Fruchtwasser vorhanden. Das Kind war ein lebender Knabe von 2200 g und 45 cm. Vernix caseosa reichlich. Das Kind war stark zusammengebogen, wurde schnell zyanotisch, starb $^3/_4$ Stunde nach der Geburt. Auswendig war es wohl gebildet, doch war der linke Fuß ein Pes valgo-planus. Bei der Sektion keine Zeichen von Syphilis. Alle Organe natürlich, nur fehlten die Nieren, Ureteren und Nierengefäße vollständig, und 2 cm von dem Orificium ext. urethrae war ein Septum vorhanden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Arquellada, 4 Fälle von Keuchusten, behandelt mit Chloroforminhalationen. (Acad. Med-Quirurg. Español. 3. Februar 1908, Rev. de Med. y Cir. Práct. 28. März 1908.) In 4 Fällen von Keuchhusten (darunter ein schwerster Fall) erzielte Verf. ein sofortiges Schwinden der Anfälle durch eine einmalige Chloroformnarkose. Die Narkose soll so vor sich gehen, daß alle 3 Minuten nur 1 g Chloroform verbraucht wird; sie soll bis zur Muskelerschlaffung, aber nicht bis zur Reflexlosigkeit gehen und 10—20 Minuten in dieser Tiefe erhalten werden. M. Kaufmann.

E. G. Gereda, 6 Fälle isolierter Nasendiphtherie. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 21. März 1908.) Die isolierte Nasendiphtherie ist relativ selten und praktisch wichtig, weil sie gelegentlich für einen einfachen Schnupfen gehalten wird. In 5 von den 6 Fällen des Verf.s wird die Diagnose durch den Nachweis des Löfflerschen Bazillus gesichert. M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 14. Dezember 1906.

Fromm demonstriert einen Fall von **Myxödem** mit typischen Merkmalen, bisher mit Thyreoidintabletten behandelt. Implantation von frisch exstirpierter Schilddrüse ist für später geplant.

Wolff demonstriert ein 12jähriges Mädchen, das ebenfalls wegen **Myxödem** seit 5 Jahren in Behandlung ist. Darreichung von Schilddrüsensubstanz.

Diskussion: Moro empfiehlt Implantation der Schilddrüse in die Milz wegen der ungenügenden Ernährung der Organstücke vom subkutanen Gewebe aus. Er rät zu ätiologischer Nomenklatur: „**Thyreoidosis**" mit einer Reihe von Unterabteilungen, wie Thyreoaplasie oder Thyreodysplasie. Anschließend daran demonstriert Moro Bilder und Präparate eines Falles von **Mikromelie** (4 Monate alter Säugling). Angeborene Hypoplasie der Schilddrüsen.

Wolff demonstriert einen Fall von **biliärer Leberzirrhose bei Lues congenita** im Säuglingsalter. Klinisch sichere Lues, Hg-Behandlung, im 4. Monat, Tod an Pneumonie. Anatomisch Sepsis, Leberzirrhose; mikroskopisch interstitielle Entzündung; keine Spirochäten.

Diskussion: Uffenheimer weist auf die von Bartel mit abgeschwächten Tuberkelbazillen erzielten Zirrhose ähnlichen Tuberkulosen der Leber hin.

Mennacher zeigt Bilder einer **Struma vasculosa** des Neugeborenen. Röntgenbehandlung ohne Erfolg, spontanes Verschwinden.

Diskussion: Spiegelberg berichtet von zwei ähnlichen Fällen mit vorübergehend schweren Erscheinungen.

Trumpp bespricht **2 Fälle von leichter Scarlatina** und zieht Vergleiche mit der Dukesschen „4. Krankheit".

Sitzung vom 11. Januar 1907.

1. Geschäftliche Angelegenheiten.
2. Besprechung der Münchner Schularztangelegenheit: Seitz, Uffenheimer, Craemer (a. G.), Nadoleczny, Dörnberger, Sternfeld, Moro, Hecker.
3. Mennacher: **Über Pseudoleukämie und Lymphoma malignum.** Krankengeschichte, Blutpräparate, mikro- und makroskopische Präparate eines 5jährigen Knaben. Klinisch keine Zeichen für Tuberkulose, Besprechung der Differentialdiagnose gegenüber einer Reihe von Blutkrankheiten.

Diskussion: Pfaundler: Seine Fälle von Pseudoleukämie haben sich hinterher alle als Tuberkulose herausgestellt. Er macht auf Unterlassen eines Tierversuchs und der Diazoreaktion aufmerksam.

Sitzung vom 15. Februar 1907.

1. Fromm stellt ein 2jähriges Mädchen mit infantiler **progressiver spinaler Muskelatrophie** vom Typus Werdnig-Hoffmann vor, charakterisiert durch familiäres Auftreten, durch Beginn im 2. Lebensjahr, Unfähigkeit aufrecht zu sitzen, Lordose, Fehlen der Patellarreflexe, stark herabgesetzte elektrische Erregbarkeit; zunächst nur mäßige Atrophie der Rücken-, Beckengürtel- und unteren Extremitätenmuskulatur; zeitweilige Zitterbewegungen, Nystagmus; keine Störungen der Hirnnerven, der Sphinkteren und der Intelligenz. Letaler Ausgang in etwa Jahresfrist zu erwarten.

2. Pfaundler demonstriert a) einen gleichen Fall von Werdnig-Hoffmannscher Krankheit bei einem $8^1/_2$jährigen Knaben. Familiäres Auftreten (ein älteres Geschwister war schon früher daran erlegen), Beginn Ende des ersten Lebensjahres, führte progressiv zu hochgradiger Atrophie und Funktionsunfähigkeit aller proximalen Muskeln mit Freibleiben der Kopf- und Halsmuskeln; auch hier fibrilläre Zuckungen, Unmöglichkeit zu stehen, zu gehen, zu sitzen. Fehlen der Reflexe, partielle Entartungsreaktion.

b) Typischer Fall von **Muskeldystrophie mit Hypertrophie** bei einem 9 jährigen Knaben, in dessen Familie mehrfache Erkrankungen von männlichen Individuen vorkamen, denen sie durch weibliche übertragen waren. Ferner einem anderen

weiter vorgeschrittenen Fall (15 Jahre) derselben Erkrankung, seit 5 Jahren beobachtet. Unfähigkeit zu stehen und gehen. Ausgesprochene individualisierende Ausbreitung des Leidens auf die einzelnen Muskeln. Keine Entartungsreaktion.

c) 12 jähriger Knabe mit ausgesprochener **Muskelatrophie**, nicht progressiv und nicht familiär, jedoch asymmetrisch; Entartungsreaktion und fibrilläre Zuckungen.

3. Dörnberger warnt vor einem in Stadt am Hof (Fa. „Äskulap“) vertriebenen Schwindelapparat zur Heilung der Enuresis.

4. Trumpp zeigt Photographien eines Falles von **Septicopyämie** bei einer wenige Wochen alten Frühgeburt: chronische leichte Temperatursteigerungen mit Geschwülsten (Abszessen) der unteren Extremitäten und des Beckens, wobei Differentialdiagnose gegen Lues bzw. Barlowsche Krankheit anfangs Schwierigkeiten bot.

Diskussion: Moro, Trumpp.

5. Pfaundler demonstriert eine von der Fa. Stiefenhofer-München nach seinen Angaben hergestellte „diagnostisch therapeutische“ **Handtasche für den Kinderarzt.**

Sitzung vom 15. März 1907.

1. Moro: **Die klinische Alexinprobe.**

Bericht über 150 gemeinsam mit Potpeschnigg untersuchte Fälle. Als Indikator des Alexingehaltes diente die jeweilige hämolytische Kraft eines Serums, von der Annahme ausgehend, daß Bakteriozidie und Hämolyse ungefähr gleichwertig verlaufen. Als hämolytisches System dienten Hammelblutkörperchen + inaktiviertes Serum mit Hammelblut vorbehandelter Kaninchen (als Ambozeptor) + zu untersuchendes Serum als Komplement. Um mit wenigen Tropfen Serum auszukommen, bediente sich Moro des Zeissschen Erythrozytenmelangeurs. Bei unvollständiger Hämolyse, also geringem Alexingehalt wurde der ungelöste Erythrozytenrest kalorimetrisch mittels des Sahlischen Hämometers bestimmt. Fehlender Alexingehalt („Analexie“) fand sich bei kruppöser Pneumonie; geringer Gehalt („Alexopenie“) bei Masern und anderen akuten Infekten; niemals bei einem Brustkinde.

Diskussion: Uffenheimer berichtet von eigenen Versuchen über den Alexingehalt des Blutes neugeborener Tiere. Tiere, deren Darm für Bakterien undurchlässig ist, wie Meerschweinchen zeigten schon bei der Geburt großen Reichtum an Alexin. Andere dagegen, wie Kaninchen, deren Darm für Bakterien in hohem Grade durchlässig sich erwies, waren arm an Alexin. Dieser verschiedene Gehalt an Schutzstoffen steht im Einklang damit, daß das neugeborene Meerschweinchen sehr bald sich selbständig von der Mutter unabhängig ernährt, während das Kaninchen längere Zeit auf die Mutter angewiesen ist. Wünschenswert wäre also nach Moros Versuchen eine künstliche Steigerung des Gehaltes an Alexin zur Abwehr von Infektionskrankheiten. Nachdem durch Moro der Einfluß der natürlichen Ernährung auf den Alexingehalt festgestellt sei, müßte auch der Einfluß anderer therapeutischer Maßnahmen auf die Schutzstoffe des Blutes studiert werden.

2. Mennacher demonstriert verschiedene Fälle aus der Kinderpoliklinik.

a) Den vor Jahresfrist demonstrierten Knaben mit **Favus.** Die Behandlung mit Fluorescin war erfolglos, wahrscheinlich infolge des Nichteindringens von Licht in die tieferen Schichten des Haares. Auch die Röntgenbehandlung hatte nur zweifelhaften Erfolg (anfangs Wucherung, dann Glättung). Beide Behandlungsarten sollen kombiniert werden.

b) Den früher vorgestellten Fall von **Basedowscher Krankheit.** Die Behandlung mit Möbiusschem Antithyreoidinserum in großen Dosen zeigte guten Erfolg. Da jedoch die Struma unbeeinflußt blieb und auch Röntgenbestrahlung nicht wirkte, wurden beide Art. tyreoid. sup. unterbunden. Die Operation hatte aber schwere Vergiftungserscheinungen mit Tetanie ähnlichen Symptomen zur Folge.

c) Ein 5 monatliches Kind mit **Meningomyelocele**, Hydrocephalus externus, Spina bifida.

Diskussion: Moro, Hecker, Uffenheimer, Mennacher.

Hecker (München).

Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 15. Februar 1908.

Schottin: **Beitrag zur Keuchhustenbehandlung.** Vortr. berichtet, wie er zur Anwendung von Brom bei Keuchhusten gekommen ist und welche Erfolge er damit seit 15 Jahren erzielt hat: Bei zweimal täglich 2—3 stündigem Aufenthalt und nächtlichem Schlafen im Bromdampfzimmer sinken die Keuchhustenanfälle binnen 5—8 Tagen in bezug auf Heftigkeit und Anzahl ungefähr auf die Hälfte und verschwinden nach 3—4 Wochen ohne Rückfall. Das Verfahren hat nie versagt. Zur Vermeidung der Fährlichkeiten, die mit dem Gebrauch von reinem Brom verbunden sind, und zur Ermöglichung des Versandes hat Sch. in der Marienapotheke zu Dresden eine feste Bromkomposition — Bromotussin genannt — herstellen lassen, die ein schnell sich verteilendes Bromgasgemisch abscheidet. Deren Anwendung verbessert noch die Behandlungsergebnisse, indem ein Nachlassen der Anfälle bereits nach zwei Tagen eintrat und die Heilung ebenfalls schneller. Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, daß die Patienten bei Eintritt in die Behandlung sich im Beginn der Akme des Keuchhustens befanden. Vorstellung zweier behandelter Kinder.

Diskussion: Stahl: Nach Heubner ist Chin. tannic. das beste Mittel; St. hat dasselbe seit 17 Jahren ausschließlich angewandt und ist sehr zufrieden damit. Seine Fälle dauerten durchschnittlich auch nicht länger als 3 Wochen.

Kretzschmar fragt, ob die Therapie des Vortragenden auch bei Säuglingen anzuwenden ist.

Fiedler: Der Geruch des Schottinschen Präparates ist sehr unangenehm und es muß deshalb sehr vorsichtig angewandt werden. Die Diagnose Keuchhusten wird oft zu voreilig gestellt.

Stegmann fragt, ob über die Noxe des Keuchhustens schon Genaueres bekannt ist.

Rietschel: Nach Czerny ist der Keuchhusten nichts als eine Neurose, keine Infektionskrankheit; er isoliert deshalb die Patienten nicht. Der Erreger ist noch nicht endgültig bekannt.

Schottin kann sich der Czernyschen Lehre nicht anschließen. Die Frage von Kretzschmar ist zu bejahen.

A. Stegmann: **Über die Ätiologie des Asthmas bei Kindern.** Bei der Behandlung asthmakranker Kinder machte Vortr. die Beobachtung, daß echtes Asthma bronchiale durch unbewußt von der Umgebung erteilte krankmachende Suggestionen hervorgerufen und daß es geheilt wurde, als man auf diesen Punkt achtete, während die verschiedensten anderen Kurversuche erfolglos geblieben waren.

Fall I erkrankte im Alter von 8 Jahren, man nahm Erkältung als Ursache an und entwickelte ein System von Schutzmaßregeln übertriebener Art. Patient mußte alle Straßen meiden, die dem Ostwind ausgesetzt waren, die Mutter begleitete ihn, um ihn zu erinnern, daß er den Mund geschlossen hielt, in der Schule zog er Filzstiefel an, nachts klebte man den Mund mit Heftpflaster zu. Jodkali, Räucherungen, Klimawechsel, Sauerstoffinhalationen usw. blieben erfolglos. Hypnose machte Pat. sofort anfallsfrei; ärztlich-erziehliche Beeinflussung sowie Einwirkung auf die sehr ängstlichen und nervösen Eltern (Mutter!) brachte trotz einiger Rückfälle im 13. und 15. Lebensjahre definitive Heilung. Pat. ist jetzt 20 Jahre alt, überaus kräftig und leistungsfähig, völlig asthmafrei seit 5 Jahren.

Fall II erkrankte mit $2^1/_2$ Jahren, hatte regelmäßig Freitags Anfälle, aber auch an anderen Tagen bei Erregung oder „Erkältung". Auch hier hatte man übertriebene Vorsichtsmaßregeln angewandt und damit bewirkt, daß der Knabe immer nervöser und eigenwilliger wurde. Er litt an Muskelunruhe, die an Chorea erinnerte. Obgleich wegen dieser Unruhe Hypnose zunächst nicht gelang, wurde durch Wachsuggestion (später erst Hypnose) und Beeinflussung der Eltern rasch ein seit Dezember 1906 bis jetzt dauernder Erfolg erzielt. Pat. hat sich seitdem

körperlich vorzüglich entwickelt, ist lenkbar und folgsam geworden und hat keinen Anfall mehr gehabt.

Fall III erkrankte mit 3 Jahren, wieder wurde Erkältung beschuldigt, das Kind mußte jeden Wind vermeiden, lernte Rückwärtsgehen, um den Wind nicht im Gesicht zu haben, schlief nachts in einem „Strampelsack" um Bloßliegen zu vermeiden. Fast alle gebräuchlichen Kuren wurden ohne Erfolg versucht. Auch hier große Muskelunruhe. Mutter sehr nervös und ängstlich, Großmutter leidet an Asthma. Behandlung wie in Fall II, noch im Gange. Seit Dezember 1907 kein Anfall mehr trotz regelmäßigen Schulbesuches und Aufhebung aller Vorsichtsmaßregeln. Seitdem Gewichtszunahme und freieres Wesen.

Vortr. bespricht eingehend die von Avellis aufgestellte Hypothese über psychogene Entstehung des Asthmas und weist darauf hin, daß Freuds Lehren auch auf diesem Gebiete Früchte tragen müssen. Er enthält sich in Anbetracht seines kleinen Materials weitergehender Schlußfolgerungen, betont aber, daß die Beachtung psychischer Faktoren bei der Behandlung Asthmakranker auch dann nicht vernachlässigt werden darf, wenn man das Leiden auf organische Veränderungen zurückführt.

Diskussion: Panse stimmt mit Herrn Stegmann in vielen Punkten überein. Es ist eine Zeitlang viel zu viel an der Nase operiert worden. Neuerdings hat sogar Nowotny Heilung von Asthma durch Bronchoskopie beschrieben, die wohl sicher suggestiv bedingt war.

Faust: Es gibt in der Tat manche Fälle, die von der Nase und zwar vom Olfaktorius ausgehen. F. hat die Entstehung schwerster Asthmaanfälle bei einer 60 jährigen Dame infolge Geruchsreizung beobachtet: Die Anfälle hörten auf, als das Parkett nicht mehr gewichst wurde.

Fiedler: In der Ätiologie des Asthmas ist noch vieles rätselhaft. Die psychischen Einflüsse können nicht alles erklären, das Klima muß doch wohl eine Rolle spielen.

Just kennt einen Knaben, der stets einen Anfall bekommt, wenn er Pferdegeruch riecht.

Rietschel erinnert an die Fälle, wo sich Asthma mit Ekzem kombiniert; das spricht gegen die rein psychische Ätiologie. Ekzem und Asthma treten dabei meist alternierend auf.

Werther hat schon öfter Hauterkrankungen bei Asthma bronchiale beobachtet: es handelte sich um Prurigo simplex, um Dermatitis herpetiformis (in Gestalt von hartnäckigen urtikariellen Erythemen mit großen Blasen) und um Ekzeme. Er glaubt, daß diesen Ekzemen eine chronische Urtikaria zugrunde liegt und daß dieselben zu den Neurodermien zu rechnen sind.

Stegmann ist ebenfalls der Meinung, daß in manchen Fällen organische Ursachen zugrunde liegen, trotzdem betonen gerade Laryngologen neuerdings das psychische Moment. Der Ortswechsel und seine Einflüsse ist nicht von einheitlicher Wirkung, sondern durch psychische Mitwirkungen kompliziert. Auch in den Fällen mit Hautkrankheiten ist das psychische Moment nicht von vornherein auszuschließen, deshalb muß in allen Fällen darauf Rücksicht genommen werden.

IV. Neue Bücher.

L. Pollnow. **Heisraths Tarsalexzision und Kuhnts Knorpelausschälung in der Granulosebehandlung.** Leipzig, J. A. Barth. Preis: Mk. 0,80.

Die Schrift ist dem Andenken des verstorbenen Prof. Heisrath gewidmet, dessen Prioritätsrechte gegenüber Prof. Kuhnt in bezug auf die Tarsalausschälung beim Trachom energisch gewahrt werden, unter Beibringung einer großen Reihe wörtlich angeführter Krankengeschichten aus dem literarischen Nachlasse Heisraths. Sommer (Mayen).

J. v. Bókay. **Die Lehre von der Intubation.** Leipzig, F. C. W. Vogel. 1908. Preis: Mk. 10.

Das O'Dwyersche Verfahren ist von v. Bókay im Laufe der Jahre weiter ausgebaut, verbessert und erweitert worden. Jetzt, wo sein Intubationsmaterial fast an 2000 Fälle heranreicht, hat er sich entschlossen, eine Monographie über die Operation, die schon vielen tausenden Kindern das Leben rettete, zu schreiben. Wir können das Buch, welches 113 Abbildungen und 2 Tabellen enthält, warm zur Lektüre empfehlen. Es enthält 3 Teile: „Die Intubation und deren Ausübung bei der diphtherischen Larynxstenose", „Über den Wert der Intubation bei sonstigen mit Stenose der oberen Luftwege einhergehenden Erkrankungen", „Die sonstigen Indikationen für die Intubation". Auch wer selbst das O'Dwyersche Verfahren nicht ausführen will oder nicht in der Lage ist, es persönlich in Anwendung zu ziehen, muß wissenschaftliches Interesse an der Operation haben; er findet alles Wissenswerte in dieser Monographie klar und präzis beschrieben. Für denjenigen, der selbst nach O'Dwyer operiert, bildet die Arbeit eines darin so erfahrenen Operateurs, wie es v. Bókay ist, natürlich ein Nachschlagebuch ersten Ranges. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Nach einer Umfrage ist **zahnärztliche Fürsorge für Gemeindeschüler** bereits in 17 Orten eingeführt, und zwar in Straßburg i. E., Darmstadt, Mülhausen i. E., Wiesbaden, Ulm, Fürth, Lahr i. B., Nordhausen, Freiburg i. B., Waldenburg i. Schl., Elmshorn, Gießen, Kolmar, Offenbach a. M., Altona, Dresden und Köln; sie wird eingeführt in Paderborn, Kottbus, Friedberg, Metz, Frankfurt a. M., Erfurt und Charlottenburg.

— **Die Abteilung für Erholungsstätten vom Roten Kreuz** läßt in Eichkamp eine **Erholungsstätte für Kinder** bauen, die im Laufe des Sommers bezogen werden kann. Bei Johannisthal wird eine auch für den Winterbetrieb geeignete Erholungsstätte gebaut.

Dürkheim a. H. Hofrat Dr. V. Kaufmann ist anläßlich seines 80. Geburtstages am 18. Juni zum Ehrenmitglied des Vereins Pfälzischer Ärzte ernannt; ferner wurde ihm als Ehrengabe 300 Mk. überreicht für Erweiterung der von ihm gegründeten Kinderheilstätte in Bad Dürkheim.

München. Der Verein „**Prinzessin Arnulfhaus für Säuglinge**" München, Frühlingstraße 27, hat am 17. Juni in Gegenwart seiner hohen Protektorin, des Herrn Geh.-Rat R. v. Grashey als Vertreter des Ministeriums und des Herrn Prof. Messerer namens der Kreisregierung eine **Säuglingsheilstätte** eröffnet. Die Anstalt wurde 1905 als Fürsorgestelle mit Milchküche gegründet und besteht jetzt nach vollendetem Umbau aus Säuglingsfürsorgestelle, Speiseanstalt für Stillende, Milchküche und stationärer Abteilung für Säuglinge. In der Fürsorgestelle werden wöchentliche Stillprämien ausbezahlt. Die Milchküche ist neu installiert mit bewährten, zum Teil nach amerikanischem System gearbeiteten Apparaten. Die stationäre Abteilung ist für minutiöse Einzelpflege und mit Ammenbetrieb ausgestattet. Die Krankenzimmer sind durch Glaswände verbunden ohne direkte Verbindungstüren. Die Badewannen aus englischem Feuerton sind in eigenem Badezimmer untergebracht. Für sehr schwache Mädchen ist eine Wärmestube eingerichtet mit direkter Zuleitung frischer Luft, Filtrierung, Vorwärmung und Befeuchtung derselben; dieses Appartement wird elektrisch ventiliert. Das Gesamthaus ist mit Zentralniederdruckwarmwasserheizung, elektrischem Licht und Gas versehen und vis-à-vis den städtischen Anlagen gelegen. Die ärztliche Leitung untersteht dem Kinderarzte Dr. O. Reinach. (Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 25.)

San Remo. Ein neues **Kinderkrankenhaus** ist eröffnet worden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BAUER (Jena), Primarius Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), San.-Rat Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER Pforzheim, Dr. PRÜSSIAN (Wiesbaden), Dr. B. SCHICK (Wien), Priv.-Doz. (Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. SOMMER (Mayen), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. A. STERN (Charlottenburg), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau)

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XIII. Jahrgang. September 1908. Nr. 9.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland und Österreich: Leopoldshöhe (Baden).

PHYTIN

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definiertes organisches Phosphorprinzip. Enthält 22,8 % organisch gebundenen Phosphor in vollkommen assimilierbarer ungiftiger Form.

Natürliches Kräftigungsmittel. Für im Wachstum und in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder besonders angezeigt. Nervenstärkend, Stoffwechsel und Appetit anregend, blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, bewährt bei nervöser Schlaflosigkeit.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin. Preis M. 2.80 Détail.

Phytin liquidum für weniger bemittelte Patienten und die Kassenpraxis in Gläsern à ca. 20 gr. Preis M. 1.20 Détail.

Muster und Literatur gratis und franko.



Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie.

Von Dr. ERNST RUNGE,

Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité zu Berlin.

8°. 164 S. 1908. M. 4.25.

Münchener medizinische Wochenschrift. . . . Jeder, der das Werk liest, wird erstaunt sein über die Masse des Materials, welches der Verfasser sammeln konnte: überall, wo ihm eigene Beobachtungen — Verfasser ist Assistent der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin — zu Gebote standen, sind diese eingefügt. Die Darstellung ist — bis auf die neueste Zeit vollständig — knapp und klar, das Werk füllt eine fühlbare Lücke der gynäkologischen Literatur aus und wird jedem Gynäkologen ein wichtiges Nachschlagebuch werden. Die Ausstattung ist gut.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. September 1908. Nr. 9.

I. Originalbeiträge.

(Nach einem Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Kinderheilkunde in München.)

Zur Pathologie der Rachentonsille.

Von

Dr. **Nadoleczny.**

(Schluß.)

Diagnose.

Eine Diagnose soll nie auf Grund des adenoiden Habitus gestellt werden. Mundatmung, und zwar dauernde kommt auch bei vollkommen freier Nase vor (Lermoyez). Durch die Untersuchung der Nase von vorne ist es eventuell nach Anwendung des Suprareninsprays bei vielen Kindern ganz gut möglich, die Rachenmandel zu sehen und zu beurteilen, wieviel von den Choanen sie deckt. Charakteristisch sind hierbei die auf der Rachenmandel erscheinenden Lichtreflexe, welche sich, sobald das Gaumensegel in Bewegung tritt (beim Intonieren oder Schlucken) und an die Rachenmandel stößt, deutlich bewegen. Auch die Rhinoscopia posterior ist bei Kindern, selbst bei 4- und 5jährigen, gar nicht selten gut auszuführen. Sie gibt uns Aufschluß über Sitz, Farbe und Form der Rachenmandel, über ihre Beziehung zu den Tubenwülsten, sowie über die Anwesenheit von Sekret im Nasenrachen. Neben diesen idealen Methoden sollte die Digitaluntersuchung, welche die Kinder ängstlich und ungebärdig macht, nur für Ausnahmefälle reserviert bleiben. Die direkte Betrachtung der Rachenmandel ist bei Gaumenspalten möglich. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht, wie schon erwähnt, das Fibrosarkom, die leukämische Hyperplasie, eventuell ein Gumma. Bei oberflächlicher Untersuchung ohne Spiegel kommt noch in Frage der Choanalverschluß, die Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln, speziell deren hinterer Enden, Nebenhöhlenkatarrhe und Verlegung des Naseneingangs durch Krusten, alles Zustände, die neben einer mehr oder minder großen Rachenmandel oder auch ohne dieselbe zu dauernder Nasenatmung führen können, ferner aber auch nach Entfernung der Tonsille den Zustand der Mundatmung aufrecht erhalten. Man vergesse nicht, daß sich bei Idioten vergrößerte Rachenmandeln finden, die in keinerlei

Beziehung zu dem geistigen Zustand stehen (Brühl), während gerade bei den Idioten auch häufig Mundatmung ohne Rachenmandelhyperplasie vorkommt.

Indikation zur Operation.

1. Dauernde Ohraffektionen, wie sie oben beschrieben wurden. Durch funktionelle Prüfung des Ohres ist nachzuweisen, daß es sich nicht um eine auch bei Kindern vorkommende Erkrankung des Ohrlabyrinths handelt. Im akuten Stadium von Mittelohreiterungen wird man im allgemeinen nicht operieren. Der obenerwähnte Tubenverschluß ist durch probeweise Luftdusche zu diagnostizieren.[1])

2. Dauernde Mundatmung und deren Folgezustände. Zu beachten ist, daß mit offenem Munde schlafende Kinder bisweilen dennoch durch die Nase atmen. Es muß festgestellt sein, daß die Mundatmung durch die Rachenmandelhyperplasie allein oder wenigstens im wesentlichen bedingt ist. Bei chronischen katarrhalischen Zuständen dürfte man unter Umständen mit Erfolg eine Jodeisen- bzw. Arsenkur versuchen.

3. Häufig rezidivierende akute Entzündungen am lymphatischen Ring, wenn dieselben nicht nachweislich von einer chronisch erkrankten Gaumenmandel ihren Ursprung nehmen.

4. Die unter dem Sammelwort Reflexerscheinungen oben zusammengefaßten Erkrankungen können als Indikationen nur dann in Betracht kommen, wenn andere Behandlungsmethoden erfolglos waren und eine längere Beobachtung des Patienten einen ursächlichen Zusammenhang mit der Rachenmandelhyperplasie wahrscheinlich gemacht hat.

5. Bei der Tuberkulose sei man vorsichtig mit der Operation. Generalisierung der Krankheit nach der Operation ist beobachtet. Andererseits natürlich auch günstiger Erfolg.

6. Die weiche Konsistenz der Tonsille als solche, sowie die vielfache Spaltenbildung scheinen dem Referenten nicht genügend zu sein, um die von Körner vorgeschlagene, in diesem Falle rein prophylaktische Operation vorzunehmen.

7. Erbliche Belastung mit Otosklerose dürfte ebensowenig in Betracht kommen, da dieses Leiden mit der Rachentonsille in keinem Zusammenhang steht.

Kontraindikationen.

1. Schwere körperliche Erschöpfungszustände; 2. fieberhafte Erkrankungen, insbesondere akute Entzündungen des lymphatischen Ringes, sowie des Ohres; 3. Epidemien von Scharlach, Masern, Influenza, Diphtherie und Anginen, bzw. einzelne Fälle dieser Krankheiten in der Umgebung des Kindes; 4. Hämophilie; 5. Leukämie, sofern nicht bedrohliche Erstickungserscheinungen zu einem Eingriff zwingen sollten; 6. Gaumenspalten und angeborene Insuffizienz des Gaumensegels. Im letzteren Falle kann die Rachenmandel zu einer

[1]) Beim Tubenverschluß wird meist das Zahlwort 9 (Flüsterstimme) am schlechtesten verstanden.

Verengung des Raumes zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand beitragen, sie stellt also einen für die Behandlung der Sprachstörung höchst vorteilhaften Faktor dar.

Zur Operation bedient man sich eines selbstverständlich sterilisierten Ringmessers oder des Instruments von Schütz-Passow, während die Zangen sowohl hinsichtlich der Gründlichkeit als auch der Eleganz der Operation außer bei ganz kleinen Kindern unseren Anforderungen nicht genügen. Von großer Wichtigkeit ist die richtige Haltung des Kopfes, der nicht zurückgelehnt werden soll, sowie die Führung des Instruments. Die Technik der Adenotomie ist überhaupt nicht so leicht, wie vielfach angenommen wird. Das Resultat der Operation soll womöglich die Entfernung der ganzen Tonsille in einem Stück sein. Die Narkose wird vielfach verworfen, teils mit Rücksicht auf die Gefahr (Todesfälle bei Bromäthyl) und unangenehme Nachwirkungen, teils mit der Begründung, daß die Narkose selbst ein mindestens ebenso starkes psychisches Trauma darstelle wie die Operation. Referent bevorzugt die kurz dauernde Ätherrauschnarkose, nach der gewöhnlich eine mehr oder minder vollkommene Amnesie und fast keine erhebliche Übelkeit zu beobachten ist. Die Vorteile dieser Narkose sind: das ruhigere Operieren bei erhaltenem Rachenreflex sowie die Schmerzlosigkeit; ferner die Möglichkeit einer späteren Nachuntersuchung mit dem Rachenspiegel, die von digital untersuchten und ohne Narkose operierten Kindern meist verweigert wird.

Unter den Zwischenfällen bei der Operation kommt zunächst in Betracht das Verschlucken der Tonsille, ein Vorkommnis, von dessen Tatsächlichkeit man sich in dem einzelnen Falle überzeugen sollte (man sieht es nämlich), ferner das Verbleiben der operierten Tonsille im Rachen, die dann ausgespuckt oder ausgeschneuzt wird. Selten kommt es vor, daß sie in den Kehlkopf fällt. Unangenehm ist es, wenn der Ring am Instrument abbricht, wobei Nebenverletzungen kaum zu vermeiden sind. Solche Nebenverletzungen des weichen Gaumens können auch bei ungeschickter Führung des Schützschen Instrumentes entstehen, während Verletzungen der Tubenwülste und des Vomer hauptsächlich mit der Zange herbeigeführt werden. Fieber wird bisweilen beobachtet. Kobrak hat es in 38% seiner Fälle festgestellt. Davon hatten 13% Temperaturen zwischen 38 und 39°. Dem Referenten scheinen diese Zahlen etwas hoch. Während der Retropharyngealabszeß eine seltene Komplikation darstellt, kommt die lakunäre Angina öfters nach der Operation zum Ausbruch. Ihre Entstehung wird durch Infektion von den Lymphbahnen des Nasenrachens aus erklärt. Wundscharlach ist in nicht ganz seltenen Fällen beobachtet worden. Nachblutungen sind bisweilen zurückzuführen auf hängengebliebene Reste, die zu Würgen Veranlassung geben, abgesehen von den obenerwähnten Nebenverletzungen. Mittelohrentzündung sah z. B. Sendziak 5 mal unter 1000 Fällen. Lähmung des weichen Gaumens sah er 4 mal. Caput obstipum hat Ferreri in zwei Fällen beschrieben als Erscheinung einer postoperativen Lymphadenitis. Tödliche Blutungen, von denen Burger 5 zusammenstellt, sind wohl ausschließlich auf Leukämie zurückzuführen. Das Ausbrechen einer akuten Leukämie, die 14 Tage nach der Operation zum

Tod führte, hat in neuerer Zeit Hug erwähnt. Bemerkenswert ist noch ein Fall von Bergh, der bei einem 7jährigen Mädchen, das ohne Narkose operiert wurde, 3 Tage lang dauernde Würgkrämpfe, die natürlich immer wieder Blutungen hervorriefen, erlebt hat. Ganz außergewöhnlich scheint ein Patient operiert worden zu sein, den Escat nachoperieren mußte. Die erste Operation hatte lange Zeit gedauert, und als Escat den Patienten sah, entdeckte er eine Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand, nach deren Lösung er die Rachenmandel an ihrem alten Platze fand! Zu bemerken wäre ferner noch, daß nach der Operation manchmal offenes Näseln eintritt, sei es infolge einer vorübergehenden Parese des Gaumensegels, sei es daß dieses schon vorher durch die Rachenmandel in seiner Aktionsfähigkeit behindert war. Hier tritt die Sprechübungstherapie in ihre Rechte.

Eine lokale Nachbehandlung ist nicht nur unnötig, sondern, soweit sie in Pulvereinblasungen, Spülungen und Pinselungen besteht, sogar mindestens inopportun. Es empfiehlt sich aber zur Verminderung der Nachschmerzen, die Kinder zunächst Eis schlucken zu lassen. Auch in den nächsten Tagen sei die Nahrung weich und weder zu heiß noch scharf, damit sie beim Schlucken keine Beschwerden macht. Natürlich sind alkoholische Getränke sowie koffeinhaltige zu vermeiden. Am ersten Tage lasse man die Kinder zu Bett liegen und nicht vor dem dritten Tage ausgehen, womöglich nicht bei staubigem rauhen Wetter. Eine sorgfältige Mundpflege, besonders abends, richtiges einseitiges Schneuzen der Nase sind ebenfalls dringend gebotene hygienische Maßnahmen. In diesem allgemeinen Sinne gibt es also schon eine Nachbehandlung, an welche sich dann nach ca. 8 Tagen systematische Atemübungen anschließen sollen, die bei geschlossenem Munde, geräuschlos (ohne Bewegung der Nasenflügel) ausgeführt werden. Um die durch langdauernde Mundatmung erschlaffte Schließmuskulatur mittels Widerstandsgymnastik zu stärken, bedient sich Gutzmann eines kleinen Apparates, der mehrmals täglich bis zu 10 Minuten mit den Lippen gehalten wird. Er besteht aus einem 3—9 cm langen Stäbchen, auf dem sich eine kleine Scheibe verschieben läßt. Das Stäbchen wird zwischen den Lippen gehalten und die Scheibe im Laufe der Übungen immer mehr vom Munde entfernt, so daß den Lippen eine immer größere Arbeit zufällt, um am kurzen Hebelarm das Stäbchen wagerecht zu halten. Diese Methode verdient jedenfalls den Vorzug vor den passiven Verschlüssen des Mundes durch Binden. Von besonderer Wichtigkeit ist es, sich später mit dem Rachenspiegel von dem Effekt und der Gründlichkeit des operativen Eingriffs zu überzeugen, und ferner von dem postrhinoskopischen Befund der Choanen. Es dürfte auch nicht unzweckmäßig sein, nach der Operation ein Jodeisenpräparat oder Levikowasser zu verordnen.

Die Erfolge sind bei Fällen von ausgesprochener Hyperplasie im obigen Sinne desto besser, je früher man eingreift. Zweifellos aber spielen Allgemeinerkrankungen, die einer Behandlung ebenfalls bedürfen, in manchen Fällen eine bedeutende Rolle, und so sehen wir denn bei Konstitutionsanomalien zweifellos auch Mißerfolge. Am günstigsten werden jedenfalls die Erkrankungen des Ohres beeinflußt,

ferner auch die rezidivierenden Anginen und meistens die Sprache, während bei den sogenannten Reflexleiden der Erfolg immer fraglich sein wird, da ja hier die Operation wie jeder andere therapeutische Eingriff einen Versuch darstellt, von dem man einen Erfolg im besten Falle hofft. Hinsichtlich der Beeinflussung der Atmung sei nochmals darauf hingewiesen, daß letztere auch durch andere Erkrankungen der Nase gestört bleiben kann und daß die erschlaffte Lippen- und Kiefermuskulatur ihrer Aufgabe auch nach der Operation bisweilen nicht mehr gewachsen ist.

Mit der Frage der Rückfälle hat sich Goerke speziell befaßt. Da es unmöglich ist, das adenoide Gewebe restlos zu entfernen, so glaubt er, daß es sich immer bis zu einem gewissen Grade regeneriert, eine Ansicht, der Referent auf Grund seiner Erfahrungen beipflichtet. Die eigentlichen Rezidive erreichen aber auch selten die alte Ausdehnung. Sie sind häufiger als wir glauben. Als Ursache betrachtet die Briegersche Schule eine dazwischen aufgetretene Infektionskrankheit. Daß häufig auch eine unvollkommen ausgeführte Operation daran Schuld trägt, wenn Reste stehen bleiben, ist ebenso zweifellos als der Umstand, daß diese Reste auch schrumpfen können. Rezidive von Sarkomen, leukämischen und tuberkulösen Tonsillen sind selbstverständlich.

Mikroskopisch sehen wir in den Rezidiven an Stelle der schichtweisen Anordnung eine regellose Vermischung der verschiedenen Zellelemente, eine Neubildung von fibrillären Bindegeweben, in das Leukozyten auswandern. Große Gefäße durchziehen alle Gebiete, nicht nur die Submukosa, und zwar im umgekehrten Verhältnis zur Quantität des follikulären Gewebes. Letzteres ist wenig ausgebildet, und die Drüsen verbreiten sich regellos durch das Gewebe. Da die jungen Bindegewebsbündel keine Proliferationsfähigkeit haben, so schließt Goerke, die Diapedese sei die alleinige Quelle der Lymphozyteninfiltration.

Über die Häufigkeit der Rezidive gehen die statistischen Angaben, soweit wir solche überhaupt besitzen, derart auseinander, daß wir bestimmte Angaben hierüber nicht machen können.

Auf Grund der obigen Darlegung wünscht der Referent eine strengere Indikationsstellung, als sie bisher vielfach üblich war, und demgemäß eine Einschränkung der Operation auf diejenigen Fälle, in denen sie unerläßlich erscheint und auch einen sicheren Erfolg verspricht, in der Erwägung, daß man nicht eine Tonsille, sondern ein Kind operiert.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

A. Czerny, Zur Kenntnis der exsudativen Diathese. (Monatsschrift f. Kinderheilk. April 1908.) In dieser dritten Mitteilung über das Thema hebt C. hervor, welch wichtige Beziehungen zwischen exsudativer Diathese und Neuropathien bestehen. Ekzeme und Asthma, die manchmal bei demselben Kinde vereint auftreten, sie können beide nicht selten durch psychische Behandlung viel günstiger beeinflußt

werden als durch andere therapeutische Maßnahmen, und C. hat z. B. bei zu Ekzemen disponierten Kindern auf diese Weise recht günstige Erfolge erzielt. Radikale Änderung der ganzen Lebensweise und Erziehung sind die maßgebenden Heilfaktoren; Mast- und Ruhekuren, eine medikamentöse Behandlung sind kontraindiziert. Grätzer.

Tobler und **Bogen,** Über die Dauer der Magenverdauung der Milch und ihre Beeinflussung durch verschiedene Faktoren. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Heidelberg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. April 1908.) Sehr fleißige Arbeit, welche sich mit der Dauer der Magenverdauung der Milch, sowie mit ihrer Beeinflussung durch äußere Momente, Individualität, Quantität, Zusammensetzung der Nahrung, Verdünnung, Abkochen beschäftigt und viele interessante Momente zutage fördert. Grätzer.

Engel, Säuglingstuberkulose und Ernährung. (Aus der akadem. Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. April 1908.) E.s Untersuchungen zeigten, daß enge Beziehungen zwischen Tuberkulose und Ernährung im frühen Kindesalter bestehen. Die gutgenährten Kinder, vorwiegend Brustkinder, zeichnen sich samt und sonders dadurch aus, daß die Tuberkulose bei ihnen im wesentlichen in den Drüsen lokalisiert ist und daß zum Schlusse ein katastrophaler bazillärer Einbruch, meist eine akute miliare Aussaat, zum Ende geführt hat. Die elenden, abgemagerten Kinder hingegen hatten alle chronische Organtuberkulose verschiedenster Art. Durch Muttermilch können Atrophiker mit Tuberkulose ebenso prompt zu Fettansatz geführt werden, wie solche, welche frei von spezifischen Erkrankungen sind. Auch nur kurze Zeit gestillte Kinder befinden sich in großem Vorteil vor künstlich genährten; so sind bei ihnen käsige Pneumonien viel seltener zu finden. Grätzer.

Klotz, Zur Röntgendiagnose des Säuglingsskorbuts. (Aus dem Krankenhause Altstadt in Magdeburg.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. April 1908.) Bei einem Falle von Barlow, wo die Symptome so wenig ausgesprochen waren, daß man nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen konnte, brachte das Röntgenogramm Sicherheit. Man erkannte besonders die von Fränkel beschriebenen charakteristischen Veränderungen, deren Konstatierung eine exakte Diagnosenstellung ermöglichten. Grätzer.

H. Koeppe (Gießen), Hypertrophische Leberzirrhose bei einem 4jährigen Kinde. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Mai 1908.) K. konnte 1 $^1/_2$ Jahr lang das Kind beobachten, das vor der Erkrankung ebenfalls mehrfach untersucht und für gesund befunden worden war. Die Sektion bestätigte die Diagnose, die schon in vivo gestellt war, doch fehlte jedes ätiologische Moment für die Affektion, und K. kann nur Vermutungen aussprechen. Grätzer.

C. Giarrè und **Carlini,** Über die Anwesenheit eines hämophilen Bazillus im Blut Masernkranker. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) In dem künstlich durch Alkohol gelösten Blut von Masernkranken bzw. im Zentrifugenrückstand sahen die Verff. fast regelmäßig einen „spezifischen und stets identischen Mikro-

organismus"; einen feinen gram-negativen Bazillus, der dem von Pfeiffer beschriebenen sehr ähnlich ist. Verschieden lang, zeigt er häufig zwei abgerundete Enden, die sich intensiver färben, so zwar, daß er das Aussehen eines Doppelbazillus annimmt. Der Bazillus war bis zu einem gewissen Grade entwicklungsfähig in Bouillon- und Agarkulturen, die mit frischem Taubenblut hämaglobinisiert waren. Meist wuchs jedoch überhaupt nichts. Das Bild der Bazillen ähnelte sehr den Präparaten von G. und Picchi, welche von diesen in den Jahren 1901 und 1902 in der Mukosa der Konjunktiven, der Nase und der Bronchien von Masernkranken gemacht worden waren, so daß die Verff. die Identität ihres Bazillus mit diesem annehmen.

Hecker (München).

H. Roeder, Die experimentelle Untersuchung der peptischen Kraft des Magensaftes bei verschiedenen Temperaturen und ihre Bedeutung für die Ernährung der Säuglinge. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Die Untersuchungen stellen die physikalischen Unzulänglichkeiten der künstlichen Säuglingsernährung dar und betonen die Notwendigkeit, daß auch die künstliche Nahrung bei der Brustnahrung entsprechenden gleichmäßigen und für die peptische Verdauung günstigen Temperatur von 36—38° zu verabreichen ist. Es erweist sich daher die Anpassung der Temperatur der künstlichen Nahrung an die der natürlichen als physiologisch und experimentell begründet und darf in ihrer Bedeutung weder vom Pädiater noch vom Praktiker unterschätzt werden. Bei allen modernen Bestrebungen zur Verbesserung der künstlichen Säuglingsernährung dürfte es daher in Zukunft in erster Linie Aufgabe der Pädiater sein, bei jeglichem Ernährungsregime auch in physikalischer Hinsicht von der natürlichen Nahrung auszugehen und die ihr eigene Temperatur von 36—38° als wichtige Vorbedingung einer ersprießlichen Diätetik und Therapie des Säuglings anzuwenden.

Hecker (München).

Max Wolf, Orthostatische Symptome bei Purpura mit Tuberkulose hereditär belasteter Kinder. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 4—6.) 5 Fälle von Purpura, deren gemeinsames Moment in schwerer tuberkulöser Belastung lag, ohne daß sie selbst irgendwelche Tuberkulose erkennen ließen. Drei der Kinder zeigten „Orthostatismus" d. h. ein Wiederaufflackern der Hämorrhagien nach dem Verlassen des Bettes. Nach des Verf.s Ansicht ist die Purpura keine ätiologische Einheit und kein selbständiges Krankheitsbild. Sie entsteht durch ein Mißverhältnis zwischen Blutdruck und Gefäßfestigkeit. Den Beweis für diese „Insuffizienz der kleinsten Gefäße dem Blutdruck gegenüber" bleibt Verf. allerdings schuldig. Die bei tuberkulös Belasteten auftretende Purpura hält Verf. für exquisit orthostatisch. Möglicherweise kommt ihr eine prämonitorische Bedeutung zu. Streng zu trennen ist von den anderen Purpuraerscheinungen die in der agonalen Kachexie auftretende Purpura der Tuberkulösen. Die medikamentöse Behandlung der Purpura ist zwecklos. Die symptomatische Hintanhaltung der Ecchymosen durch die Bindenkompression ist dagegen eine große Erleichterung in der Behandlung der Erkrankten.

Hecker (München).

Meinhard Pfaundler, Die Antikörperübertragung von Mutter auf Kind. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 6.) Kritisches Referat, das sich mit der plazentaren Übertragung künstlicher und natürlicher Antikörper und mit der Übertragung durch Säugung befaßt und schließlich Betrachtungen enthält über Antikörper als Ausdruck der biologischen Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind. Bezüglich der Übertragung künstlicher Antikörper schließt Verf.: die Frage, ob eine Übertragung künstlicher Antikörper aus dem mütterlichen in das fötale Blut vorkomme, muß bejaht werden trotz mancher möglichen kritischen Einwände. Der Umstand jedoch, daß in zahlreichen Fällen eine solche Übertragung ausblieb, läßt annehmen, daß bei positiven Befunden doch durch das Experiment oder die spontane Erkrankung gesetzte besondere Verhältnisse (Immunreaktion an sich, Kreisen körperfremder oder individualfremder Substanzen) für die Übertragung maßgebend sind. Sofern das Verhalten der künstlichen Antikörper überhaupt eine Entscheidung hierüber zuläßt, müßte daher geschlossen werden, daß deren Übertragung nicht zu den physiologischen Leistungen der Plazenta zu rechnen ist.

Bezüglich der Übertragung natürlicher Antikörper ist zum mindesten nicht erwiesen, daß eine Übertragung durch die Plazenta statthat. Manches spricht dagegen. Die Frage, ob es sich bei einer allfälligen solchen Übertragung um eine physiologische Funktion der Plazenta handelt, muß verneint werden.

Betreffs der Übertragung durch Säugung kommt Verf. zu dem Schluß, daß ziemlich zahlreichen Fällen negativen Befundes nur ganz vereinzelte, absolut einwandfreie mit positivem Ergebnis gegenüberstehen (Ehrlich, Römer). Eine Übertragung aktiver oder passiver Immunität durch Säugung kann demnach zwischen artgleichen Individuen wenigstens bei gewissen Säugearten in den ersten Lebenstagen vorkommen, doch ist dieses Vorkommnis keinesfalls ein gesetzmäßiges, anscheinend auch kein häufiges. Die Aufnahme des Antikörpers in den Organismus der Jungen bleibt auch in Fällen aus, in denen seine Ausscheidung in die Milch nachweislich stattgefunden hat; dieser Umstand wird bei der üblichen teleologischen Deutung des Milchbefundes zur Vorsicht mahnen.

Hecker (München).

J. A. Schabad, Ein Fall von angeborenem Herzfehler. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 6.) 9jähriger Knabe, der seit frühester Kindheit an starker Zyanose und dyspnoischen Anfällen leidet und mit Trommelschlegelfingern behaftet ist, zeigt perkutorisch und röntgenographisch ein nach rechts und links vergrößertes Herz, an der Pulmonalstelle ein starkes blasendes systolisches Geräusch. Dieser Befund im Zusammenhalt mit der vorhandenen guten Kompensation, dem Fehlen von Ödemen trotz der langen Dauer des Leidens, der Hyperglobulie (7500000) und dem hohen Hämoglobingehalt (115%) rechtfertigen die Annahme eines angeborenen Herzfehlers, dessen weitere Symptomatik auf angeborene Pulmonalstenose hinweist. Wahrscheinlich besteht daneben noch ein Offenbleiben der embryonalen Blutwege hinter der verengten Stelle (Offenbleiben des Foramen ovale oder Deffekt im Ventrikelseptum). Ausführliche Literaturbesprechung.

Hecker (München).

J. Bauer, Zur Methodik des serologischen Luesnachweises. (Aus der Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) B. gibt über seine Untersuchungen folgendes Resümee:

Das Ablenkungsphänomen bei der Luesreaktion beruht auf der antikomplementären Wirkung, die die lipoide Substanz des Organextraktes in Gemeinschaft mit im Luesserum vorhandenen hemmenden Körpern ausübt. Solche Körper sind auch schon im Serum des Gesunden vorhanden, nur in beschränkterem Maße (antagonistische Substanzen). Diese an sich schon antikomplementär wirkenden Körper werden verdeckt durch den im menschlichen Serum reichlich vorhandenen, gegen Hammelblut gerichteten Ambozeptor. Mit Hilfe dieses Ambozeptors gelingt es, die Wassermannsche Reaktion in der Weise zu vereinfachen, daß man den spezifischen Hammelimmunkörper entbehren kann. Stark lipämisches Serum ist für die Reaktion nicht zu gebrauchen. Säuglinge besitzen den Hammelblutambozeptor noch nicht.

Grätzer.

Crux (Wesel), 12 Fälle von Lungenentzündung im Kindesalter mit Römers Pneumokokkenserum behandelt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) C. faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Das Römersche Pneumokokkenserum hat einen unzweifelhaft außerordentlich günstigen, fast souveränen, spezifischen Einfluß bei Lungenentzündung im Kindesalter und ist bei gesundem Herzen gänzlich ungefährlich. Nierenentzündungen und Serumexantheme wurden nicht beobachtet bei 18 verschiedenen Seruminjektionen. Es findet in den meisten Fällen ein dauernder, fast kritischer Temperaturabfall unter fast gleichzeitiger Lösung des Infiltrats statt. Der Puls wird durch die Anwendung des Serums direkt günstig beeinflußt. Direkt ungünstige Beobachtungen liegen bis jetzt nicht vor. Die Dauer der ganzen Erkrankung wird bei Anwendung des Serums ganz erheblich abgekürzt, dadurch daß die Krankheit unterbrochen und ein weiterer Kräfteverfall wie beim gewöhnlichen Verlauf vermieden wird. Komplikationen wie Brustfellentzündung sind bisher bei Anwendung des Serums nicht beobachtet. Falls 24 Stunden nach der ersten Seruminjektion kein voller Erfolg eintritt, injiziere man je nach der Höhe des Fiebers wiederum 2,5—5,0 ccm Serum. Die erhebliche Abkürzung des Gesamtverlaufs kommt bei vielen Kindern, die die Schule besuchen, sehr in Betracht. Die Beschaffenheit des Herzens ist vor der Injektion des Serums, das unter aseptischen Kautelen subkutan in die dem Sitze der Erkrankung entsprechenden Nates zu applizieren ist, genau festzustellen. Dies ist bei Kranken in höherem Alter, die verhältnismäßig häufig ihnen bis dahin nicht zum Bewußtsein gekommene krankhafte Herzveränderungen wie Arteriosklerose, Myokarditis, Herzerweiterung geringeren Grades, leichte Herzklappenfehler oder Fettherz zeigen, besonders dringend notwendig, um vor unliebsamen Überraschungen gesichert zu sein. Die Unkosten für den Erkrankten reduzieren sich sehr erheblich, besonders bei weiten Entfernungen, und ersparen dem vielbeschäftigten Arzte eine bedeutende Menge Arbeit, die derselbe meist anderwärts besser verwerten kann.

Das Römersche Pneumokokkenserum ist heute durch E. Merck in Darmstadt für den Preis von 2,50 Mk. für 5 ccm in allen Apotheken erhältlich und bei diesem niedrigen Preise wohl für jedermann zu erschwingen.

Grätzer.

W. Wolf, Über die Endresultate der Tracheotomie. (Aus der chirurg. Klinik in Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 17.) W. faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

Von den Verfechtern der Intubation wird gegen die Tracheotomie der Hinweis auf die Nachkrankheiten des Luftröhrenschnittes, die narbigen Stenosen und die Schädigung der tieferen Luftwege, hervorgerufen durch den Verzicht auf die Vorwärmung der Atemluft im Nasenrachenraum, ins Feld geführt. Gegen die Berechtigung dieser gegen die Tracheotomie erhobenen Vorwürfe sprechen die Erfahrungen der Leipziger chirurgischen Universitätsklinik aus den letzten 12 Jahren ganz entschieden. In den Jahren 1895—1906 ist daselbst überhaupt keine narbige Stenose nach Tracheotomie beobachtet worden, die einer dilatierenden oder blutigoperativen Behandlung bedurft hätte, während nach der Literatur angenommen werden muß, daß die Intubation die Bildung von Narbenstrikturen durch Tubendekubitus begünstigt. Ebensowenig kann auf Grund eingehender Nachuntersuchungen an Kindern, die in der Klinik im Laufe der 12 Jahre tracheotomiert wurden, eine ernsthaftere Schädigung der tieferen Luftwege, insbesondere der Lungen, durch die Operation zugegeben werden. Von den zur Beobachtung gekommenen leichteren Störungen im Gebiet der Luftwege läßt sich schwer sagen, was auf Rechnung der Diphtherie und was auf Rechnung der Tracheotomie zu setzen ist, doch mag zugegeben werden, daß solche leichte Störungen in einem gewissen Prozentsatz der Fälle nach Tracheotomie zurückbleiben.

Grätzer.

H. Rietschel (Dresden), Über Mehle und Mehlfütterungen bei Säuglingen und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 19.) R. faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Bei der künstlichen Ernährung ist der Zusatz eines Schleims oder Mehls zur Milch vom zweiten Monat an von Nutzen (1—3 $^0/_0$ Abkochungen). Vom sechsten Monat an können Kohlehydrate in Form von Amylum reichlicher gegeben werden. Die Mehle sind absolut indiziert beim Milchnährschaden Czernys (Milchatrophiker!). (Darreichung der Kohlehydrate in zwei Formen.) Darreichung reiner Mehlabkochungen (mit oder ohne Zucker) nach einer akuten Verdauungsstörung (Dyspepsie Widerhofers) ist nur für kurze Zeit gestattet (3—5 Tage). Durch längere Mehlfütterung (mit und ohne Zucker) kann dem Säugling erheblicher Schaden zugefügt werden (Mehlnährschaden). Es ist wahrscheinlich, daß durch zu lange, einseitige Fütterung von Mehl und Zucker „spezifische“ Stoffwechselstörungen entstehen (Störungen im Wasser- und Salzhaushalt), daß also der Mehlnährschaden nicht allein aus dem Fehlen anderer wichtiger Stoffe erklärt werden darf. Die Krankheitstypen des „Mehlnährschadens“ sind am besten zu bezeichnen als 1. rein atrophische, 2. atrophisch-hydrämische und 3. hypertonische Form. Diese Typen sind indes nicht etwa allein für den Mehlnährschaden charakteristisch,

sondern finden sich auch bei anderen schweren Ernährungsstörungen (Zuckerüberfütterung?). Die Hypertonien sind aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zentral bedingt, sondern stellen eigentümliche Quellungszustände der Muskeln dar. Grätzer.

W. Hinrichs, Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde, Operation, Heilung. (Aus dem Krankenhause der deutsch-israelitischen Gemeinde zu Hamburg.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 17.) Es handelte sich um ein 10 Wochen altes Mädchen, bei dem ein bei Thymushyperplasie bisher nur sehr selten beobachtetes Symptom auftrat: Schluckbehinderung. Diese, ganz im Vordergrunde des Symptomenkomplexes stehend, offenbarte sich zunächst in einer seit der Geburt bestehenden verlangsamten Nahrungsaufnahme, bis dann ca. 4 Wochen später zugleich mit dem enormen Wachstum eines Parotisangioms Beschwerden bei der Atmung auftraten und die Schluckstörung deutlicher auftrat. Das Kind wurde operiert, und sofort darauf nahm es begierig die Flasche und schluckte ohne Schwierigkeit. Es geht also daraus hervor, daß gelegentlich eine Thymusdrüse Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme machen kann, bevor noch ein Stridor bei der Atmung in die Erscheinung getreten ist, und daß schließlich die Schluckbeschwerden so hochgradig werden können, daß dadurch die Ernährung des Kindes in Frage gestellt ist. Die ziemlich einfache und ungefährliche Operation sollte nicht nur in bedrohlichen Fällen ausgeführt werden, sondern auch überall da, wo sich eine im Zunehmen begriffene Kompressionswirkung auch nur leichteren Grades auf Trachea und Ösophagus geltend macht. Grätzer.

S. Cohn, Über lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit der Konjunktiva. (Aus dem Krankenhause am Urban in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 17.) C. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Durch einmalige Einträufelung einer 1 $^0/_0$ igen Alttuberkulinlösung erwirbt die Konjunktiva Nichttuberkulöser, ohne in sichtbarer Weise zu reagieren, eine Überempfindlichkeit, die sich in zwei Eigenschaften kundgibt: a) in der Eigenschaft, bei einer späteren Berührung mit Tuberkulin in 1 $^0/_0$ iger Lösung deutlich sichtbar mit Entzündungserscheinungen zu reagieren; b) in der Fähigkeit, aus dem zirkulierenden Blut Tuberkulin anzuziehen, um dann mit diesem zu reagieren. Die Eigenschaften sind streng lokal auf die zur Einträufelung benutzte Konjunktiva beschränkt. Zu ihrer Ausbildung bedarf es einer Zeit von im allgemeinen mindestens 5 Tagen. Das Optimum der Überempfindlichkeit wird sogar erst zu Beginn der dritten Woche erreicht.

2. Daß die artefizielle Überempfindlichkeit ein Zeichen latenter Tuberkulose ist, ist möglich, aber noch nicht erwiesen. Grätzer.

G. Tugendreich, Histologischer Nachweis der Azidose des Säuglings. (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 18.) Es wurden 7 Fälle untersucht, von denen 4 klinisch das typische Bild der Intoxikation dargeboten hatten, während von den übrigen 3 einer

an Lebensschwäche, zwei im Stadium der Finkelsteinschen „Decomposition", also vor Auftreten der Intoxikation gestorben waren. Die Befunde, die zunächst an den Lebern dieser Säuglinge erhoben wurden, waren eindeutig. Dort, wo klinisch eine ausgesprochene Azidose bestanden hatte, färbte sich das Plasma der Leberzellen im neutralen Methylenblau-Eosingemisch blau, mit Neutralrot rot, in den drei anderen Fällen mit Methylenblau-Eosin rot (Kernfärbung blau), mit Neutralrot blaßgelb (Kernfärbung rot).

Der histologische Nachweis einer Azidose ist somit auch am Menschen gelungen.

Praktische Bedeutung wird es für jene nicht seltenen Fälle gewinnen, in denen Säuglinge moribund in die Anstalt eingeliefert werden oder eine genaue klinische Beobachtung aus anderen Gründen unmöglich war.

Zwar ist das Auftreten einer Azidose nicht streng beweisend für eine voraufgegangene alimentäre Intoxikation. Da unter anderem auch Hungern oder Fieber eine Azidose hervorruft, so müßte nach der Theorie auch ein Kind, das an einer ganz anderen Krankheit, z. B. dem Tetanus neon., zugrunde gegangen ist — wenn es nur längere Zeit ante exitum gehungert hat —, das gleiche histologische Bild darbieten. Aber erstens scheint es, als ob nur sehr protrahiertes Hungern, wie es praktisch beim Menschen kaum vorkommt, eine histologisch erkennbare Azidose hervorruft, zweitens wird die Berücksichtigung der Anamnese zur Erklärung der histologisch nachgewiesenen Azidose beitragen.

Grätzer.

Fr. Rosenbach, Beitrag zur Konjunktivalreaktion. (Aus der chirurg. Klinik der kgl. Charité in Berlin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 18.) Die Untersuchungen wurden bei chirurgisch kranken Kindern mit 1 %igem Kochschen Alttuberkulin angestellt; bei mangelnder Reaktion wurde nach 8 Tagen 2 %ige Lösung ins andere Auge gebracht. Die Resultate waren:

	Anzahl	Positiv	Negativ
Nicht suspekte Kinder mit anderen chirurgischen Krankheiten	28	—	28
Suspekte	5	2	3
Tuberkulöse	19	16	3

Von den 5 Suspekten hatten 2 Fälle leichte Lungenerscheinungen. Beide Kinder reagierten. Bei 2 anderen Fällen lag der Verdacht der Syphilis vor; der eine war eine geschwürige Gaumeninfektion mit Knochendefekt, das andere zeigte zweifelhaft aussehende Geschwüre am Hals und an den Nates mit tiefer gehender Infiltration der Umgebung. Beide Kinder reagierten nicht und wurden durch Jodkali zur Heilung gebracht. Der 5. Fall blieb zweifelhaft.

Bei den tuberkulösen Kindern waren 3 Mißerfolge zu verzeichnen; 2 Fälle betrafen elende Kinder, bei denen die mehrfach geltend ge-

machte Ansicht in Betracht gezogen werden muß, daß der Körper nicht mehr die Fähigkeit besitzt, Antikörper zu bilden. Ein 3. Fall betraf ein Kind mit einem kleinen tuberkulösen Herd in der Patella; es fiel auch hier die Reaktion negativ aus. 2 andere Fälle waren lange mit Tuberkulin subkutan behandelt worden, zeigten auch mit der 2 %igen Lösung nur eine ganz geringe Rötung der Konjunktiva.

Der Beginn der Reaktion trat nach 8—24 Stunden auf. Der Grad der Reaktion war in der Mehrzahl der erste: Eine Rötung der Konjunktiva und der Karunkel mit Injektion der Gefäße der Conjunctiva bulbi. Sehr selten wurde eine Reaktion dritten Grades beobachtet. Bei einem Kinde stellte sich mit der 1 %igen Lösung eine schwere Konjunktivitis ein, die auch jetzt (nach 4 Wochen) noch nicht verschwunden ist.

Nach diesen Resultaten darf wohl gesagt werden, daß der positive Ausfall der Reaktion bei Kindern für Tuberkulose spricht, der negative Ausfall sie nicht ausschließt und die Konjunktivalreaktion bei Kindern als ein gutes diagnostisches Hilfsmittel zu bezeichnen ist.

Grätzer.

J. Bauer, Über biologische Milchdifferenzierung. (Aus der akadem. Klinik für Kinderheilkunde zu Düsseldorf.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) Es läßt sich, wie Versuche zeigten, mit der Komplementablenkungsmethode nicht allein die Milchverfälschung als solche nachweisen, sondern mit Hilfe eines austitrierten Serums auch die Menge der in betrügerischer Absicht zugegossenen Milch annähernd bestimmen.

Grätzer.

v. Notthafft (München), Über eine sommerliche Juckepidemie („Sendlinger Beiß“) bedingt durch Leptus autumnalis. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 16.) Seit einigen Jahren berichten nicht nur die Blätter und der Volksmund, sondern auch die Äußerungen von Kollegen, daß in den Vororten und an der Peripherie Münchens im Sommer eine besondere Krankheit auftrete, welche geradezu epidemisch grassiere, vor allem die Kinder, aber auch gelegentlich die Erwachsenen befalle, sehr hartnäckig sei, außerordentlich heftiges Jucken erzeuge, der gewöhnlichen Skabies- und Ekzemtherapie trotze, in der Mehrzahl der Fälle aber im Winter und Herbst von selbst heile. Besonders befallen erscheinen die Münchener Vororte Giesing und Sendling. Der Volksmund spricht daher von dem Giesinger und dem Sendlinger „Beiß“. (Dieses schöne Wort kommt her von „Beißen“, das bedeutet im Altbayerischen soviel wie „jucken“.) N. hatte nun in den letzten Jahren reichlichst Gelegenheit, diesen „Beiß“ zu studieren. In sehr vielen Fällen fand er als Ursache ein Insekt: den Leptus autumnalis, die sogenannte „Ernte-, Herbst-, Stachelbeer- oder Grasmilbe“, 6 füßige, gelbliche bis rote 0,25—0,3 mm lange und 0,15—0,2 mm breite Tierchen. Diese wohnen auf Getreidearten und anderen Gräsern, Stachelbeer- und Holundersträuchern, auf Leguminosen und der Unterfläche der Bohnenblätter, vor allem auf der Erde, wo sie förmliche Klumpen bilden. Diese Milbe fand Autor bei 95 Personen. Man muß aber bedenken, daß sicher unter den vielen anderen Kindern und Erwachsenen, welche ebenfalls be-

hauptet haben, den „Beiß“ zu besitzen, und deren Beschwerden mangels des Vorhandenseins von Tieren als Pruritus gedeutet worden sind, sich nicht wenige befunden haben, welche tatsächlich nicht lange vorher noch Leptus beherbergt hatten und jetzt nur noch an sekundärem Hautjucken und juckenden Kratzeffloreszenzen litten. Offenbar kommt der Leptus autumnalis häufiger als Prurituserreger vor, als man gewöhnlich annimmt; er entzieht sich nur der Beobachtung. Und als Pruritus, Ekzem oder Skabies geht wohl vieles, was eigentlich durch die Erntemilbe veranlaßt ist. Die Kleinheit des Parasiten, seine gelbrötliche Farbe, die ihn Blutkrüstchen täuschend ähnlich sehen läßt, macht dieses Übersehen ohne weiteres klar; außerdem pflegt er auch offenbar nicht lange auf der Haut zu bleiben, und viele von den gegen Ekzem, Pruritus und Skabies angewendeten Mitteln sind imstande, den Parasiten rasch zu töten.

Unter den 95 Befallenen waren 83 Kinder. Über die Deutung dieser Bevorzugung der Kleinen kann man verschiedener Meinung sein. So meinen z. B. Gruby, Küchenmeister, Jahn u. a., daß besonders Individuen mit zarter Haut, wie Frauen und Kinder, von den Milben geplagt werden. Doch gibt derselbe Küchenmeister auch an, daß jeder Besucher der Meiningenschen Gärten zur Zeit der Herrschaft der Stachelbeermilbe von dieser befallen wird; Brandis fand die Larven bei Leuten, die in der Irrenanstalt Nietleben an der Dreschmaschine beschäftigt waren; nach Soutworth werden vor allem die Frauen und die Arbeiter in den Weinbergen und Ackerfeldern gepeinigt, und der Name Erntemilbe weist schon auf die besonders aus Frankreich berichtete Tatsache hin, daß speziell die Erntearbeiter ein Opfer dieser Insekten sind. Nach N.s Ansicht liegt der Grund des vorzugsweisen Befallenseins von Frauen und Kindern darin, daß sie sich mehr als die Männer in den Gärten aufhalten und Kleider tragen, welche der Parasit leichter durchkriechen kann als diejenigen der Männer.

Das erste, was die Milbe auf der Haut auslöst, ist eine starkes Jucken. Sekundäre Urtikariaquaddeln, Ekzemeffloreszenzen, Lichen urticatus und andere Hauteffloreszenzen verstärken das Juckgefühl. Man sieht an der Bißstelle ein rotes Knötchen oder eine Quaddel; Urtikaria und umschriebene Erytheme stellen sich ein. An Vorderarmen und Unterextremitäten kommt es auch zur Pustelbildung. Die Milbe scheint nicht lange auf dem Menschen zu bleiben; sie hält sich gar nicht in Wäsche und Betten. Übertragung von Person zu Person findet nicht statt.

Die Diagnose der Leptuserkrankung ist, wenn man an diese Möglichkeit denkt, und besonders wenn man das rote Tierchen sieht, sehr leicht. Das vorzugsweise Befallensein der Kinder und der im Freien sich aufhaltenden Personen, die Jahreszeit, das quasi epidemische Auftreten und die geringe (richtiger fehlende) Übertragbarkeit von Person zu Person lenken leicht auf die richtige Fährte. Wer einmal einen Leptusfall gesehen hat, wird immer wieder mit dieser Möglichkeit rechnen. Anders aber ist es, wenn Leptus nur zeitweilig stärker auftritt und in der Zwischenzeit sporadisch, so daß er ganz vergessen wird. Dann liegt es nahe, daß er zunächst verkannt und

als Ursache des Hautjuckens Ekzem, Skabies und ähnliches angenommen wird (das wäre kein Schaden; denn bei einer therapeutischen Behandlung dieser Dinge verläßt auch der Leptus den Patienten) oder daß eine unbekannte neue Epidemie angenommen wird; dann werden, wie N. es in München gesehen hat, alle möglichen juckenden Hautkrankheiten, wie Ekzem, Skabies und Lichen urticatus verkannt, und alle, die es juckt, haben dann den „Beiß".

Die Therapie ist eine höchst einfache. Es genügt schon, wenn man die Kinder ein paar Tage zu Hause läßt. Man nimmt irgend ein mildes pilztötendes Mittel, am besten einfach Benzin, mit welchem man die Kinder abwäscht. Abreißen der saugenden Milben empfiehlt sich aus dem gleichen Grunde nicht, aus welchem es beim Ixodes ricinus verpönt ist. Zur Nachbehandlung der Ekzeme, Quaddelausschläge und Pusteln dienen dann Pasten und Salben mit Zusatz juckenstillender Mittel, bzw. desinfizierende Umschläge.

Eine Prophylaxe gibt es: das Meiden von Feld und Garten; sie ist aber aus hygienischen und sozialen Gründen undurchführbar. Trotzdem wäre irgend ein wirksames Vorbeugungsmittel schon zu wünschen. Denn ganz gleichgültig sind die Leptusinvasionen nicht. Die Kinder werden nervös und im Schlafe gestört; dadurch können sie in der Ernährung zurückgehen. Auch nach dem Töten des Parasiten und sogar nach der Abheilung der Hauteffloreszenzen bleibt oft noch längere Zeit ein heftiger Juckreiz zurück, und es bedarf energischer Behandlung mit stark juckenstillenden Mitteln und innerlicher Verabreichung von Brom und Arsen, um zum Ziele zu kommen. Der Juckreiz geht aber auch auf die gesunde Umgebung durch eine Art psychische Infektion über. Kratzt sich das eine Kind, so kratzt sich sicher bald auch der Spielgenosse. Ja, über ganze Familien kommt auf diese Weise eine förmliche Kratzwut, und in einer Schulklasse, in welcher mehrere mit Hautjucken behaftete Kinder sind, ist bald keines mehr vorhanden, welches sich nicht kratzen würde. Dieser Umstand der psychischen Ansteckung wird aber noch vielfach verkannt, und gar mancher Pruritus nervosus familiaris wird als Familienskabies behandelt. N. hat fast überall von den Müttern gehört, daß es sämtliche Kinder jucke; aber auch die Eltern und Dienstmädchen behaupteten in der Mehrzahl der Fälle, den „Beiß" zu haben. Die genauere körperliche Untersuchung hat aber dann viel mehr Fälle von Pruritus als solche von Leptusinfektion erkennen lassen.

Grätzer.

Esser, Zur Symptomatologie und Ätiologie der Barlowschen Krankheit. (Aus der medizin. Klinik in Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 17.) Bei einer Anzahl von Kindern, die mit aus der Bonner städtischen Säuglingsmilchküche bezogener Milch längere Zeit ernährt wurden, entwickelte sich die Barlowsche Krankheit. Zu hohe und zu lange Sterilisation war schuld daran. E. faßt die Affektion als chronische Vergiftung auf. Dafür sprach z. B. folgende Beobachtung: Bei 3 Kindern wurde, als sie noch unsichere Erscheinungen der Barlowschen Krankheit zeigten, die überhitzte Milch nur in halber Tagesration weitergegeben, der andere Teil des täglichen Nahrungsquantums durch rohe Milch gedeckt und dazu

noch in üblilcher Weise frisches Gemüse und Zitronenwasser gegeben. Der Zustand dieser Kinder besserte sich aber nicht, sondern verschlimmerte sich sogar. Erst als auch die 3 Flaschen zu stark sterilisierter Nahrung weggelassen und durch Rohmilch ersetzt worden waren, trat in kürzester Zeit Besserung und schließlich Heilung ein.

Heilung wurde überhaupt in allen von E. beobachteten Fällen auch bei einem sehr anämischen Kinde, bei dem der Hämoglobingehalt bis auf 20% gesunken war, durch das bekannte antiskorbutische Regime erzielt. Grätzer.

C. Ritter, Über die Beziehungen zwischen multiplen Exostosen und Schilddrüse. (Aus der chirurg. Klinik zu Greifswald.) (Medizin. Klinik. 1908. Nr. 13.) Interessante Mitteilungen über eine Exostosenfamilie, in der allein das jüngste Glied, eine 13jährige Tochter, keine Knochenauswüchse und Wachstumsstörungen aufweist, dagegen einen ausgesprochenen Basedowkropf, während bei den anderen Familienmitgliedern die Schilddrüse gar nicht palpabel ist. Dieser Kropfbefund ist deshalb wichtig, weil man heut die multiplen Exostosen nicht als Geschwülste, sondern als eine Wachstumsstörung auffaßt, zum anderen neuerdings die Schilddrüse als das Organ der Entwicklung angesehen wird. Grätzer.

Hans Iselin, Die Wenzel-Grabersche fibulare Epiphyse der Tuberositas metatarsi quinti im Röntgenbilde. Ein wahrscheinlich konstanter Befund im 13. oder 14. Lebensjahre. (Zeitschrift f. Chir. Bd. 92. Heft 4—6. S. 561.) I. fand bei fast allen von ihm mittels des Röntgenverfahrens untersuchten 13- bis 14jährigen gut entwickelten Individuen die fibulare Epiphyse der Tuberositas metatarsi quinti und hält demnach ihre Konstanz für unwahrscheinlich. Joachimsthal.

P. Buchmann, Behandlung knöcherner Ellenbogengelenksankylose mittels Überpflanzung von ganzen Gelenken. (Zentralbl. f. Chir. 1908. Nr. 19. S. 582.) B. hat in zwei Fällen von knöchernen Ellenbogengelenksankylosen (bei 14- und 19jährigen Mädchen) nach schweren Traumen, bei denen die Gelenke in einem Winkel von ca. 150° fixiert waren und die Pro- und Supination aufgehoben war, das erste Metatarsophalangealgelenk, welches bei genügender Größe und Festigkeit ziemlich breite Streck- und Beugebewegungen gestattet, während es lateral fast unverschieblich ist, überpflanzt. Längsschnitt nach Park-Langenbeck bis zur Trizepssehne und dem Olekranon etwas unterhalb des Gelenkspaltes. An der Außenseite des Olekranon wurden alle Weichteile in der Längsrichtung durchtrennt und mit einem Raspatorium nach innen verschoben (Trizepssehne, Kapselreste, Periost). In der Höhe des Gelenkspaltes wurde das Olekranon mit einem Meißel durchtrennt und ganz entfernt; dann wurden die lateralen Kapselreste durchschnitten und die knöcherne Verbindung zwischen Humerus, Ulna und Radius durchtrennt. Jetzt konnte das Gelenk spitzwinklig gebeugt werden, und in dieser Lage wurden in den Armknochen die Nischen ausgemeißelt, welche zur Aufnahme des einzupflanzenden Gelenks be-

stimmt waren. Zuerst wurde eine Nische in der Trochlea angefertigt, und zwar so, daß ihre Breite nach vorn zunahm, nach oben abnahm; dann wurde von der unteren Humerusepiphyse ein 3—4 mm dickes Stück abgetragen und auf diese Weise ein weiter Zugang zur vorderen Gelenkfläche geschaffen. Von hier aus wurden mit Meißel und Raspatorium die Ansätze des Brachialis internus an den Processus coronoideus abgetrennt und in der Ulnaepiphyse eine viereckige Nische ausgemeißelt, wohin die Halluxphalanx passen sollte. Zuletzt wurde das Radiusköpfchen abgetragen und die Ulna vom Radius noch gänzlich abgetrennt.

In die so vorbereitete Nische wurde das inzwischen in toto extrakapsulär resezierte uneröffnete erste Metatarsophalangealgelenk hineingebracht, das dem anderseitigen Fuß des Patienten entnommen war. In der Resektionswunde des Ellenbogens wurde dieses Gelenk in der Weise gelagert, daß die Plantarfläche nach hinten, die Dorsalfläche nach vorn kam, das Metatarsalstück in die Humerusnische, das Phalangealstück in die Ulnanische eingeschoben wurde. Eine Knochennaht unterblieb. Es folgte die Schließung der Wunde und ein Gipsverband bei gestrecktem Ellenbogen. Der Gipsverband wurde nach 2 und 2 Wochen durch einen solchen in spitzwinkliger Beugung ersetzt. $2^1/_2$ Monate nach der Operation wurde in dem ersten Falle mit Bewegungen begonnen. In dem zweiten Falle waren 3 Monate nach der Operation aktive Streck- und Beugebewegungen zwischen 60 und 130° möglich.

Die Resektion des ersten Metatarsophalangealgelenks übte keinerlei schädlichen Einfluß auf die Funktion des Fußes aus. Joachimsthal.

F. Valentin, Der Einfluß totaler Verbrennungen auf das histologische Bild der Schilddrüse. (Virchows Archiv. Bd. 191. Heft 1.) Bei der histologischen Untersuchung der Schilddrüsen von Individuen, meist Kindern, die an Verbrennungen gestorben waren, fand V. Veränderungen der Epithelien und der Färbbarkeit des Kolloids, die er mit größter Wahrscheinlichkeit auf den Einfluß der bei der Verbrennung entstandenen toxischen Substanzen bezieht. Er glaubte Veränderungen erwarten zu können, da die Thyreoidea auf die Blutbildung einen nicht unbedeutenden Einfluß ausübt.

Bennecke.

Louis Michaud, Beitrag zur Kenntnis intrathyreoideal gelegener Zellhaufen der Parathyreoidea. (Virchows Archiv. Bd. 191. Heft 1.) Bei der Untersuchung von 6 Schilddrüsen jugendlicher Individuen an Serienschnitten fand M. im Schilddrüsengewebe gelegene Zellhaufen, die er nach ihrer Struktur und zelligen Zusammensetzung als zur Parathyreoidea gehörig ansehen muß. Sie waren nicht zu verwechseln mit beginnenden Adenomknötchen und anderen, in bandartiger Anordnung die Schilddrüse durchsetzenden, nach Herkunft und Bedeutung ungeklärten epithelialen Gebilden. Da die Untersuchungen an den betreffenden Schilddrüsen zu einem anderen Zwecke ausgeführt waren, kann M. nichts über das Verhalten der Epithelkörperchen in den mitgeteilten Fällen aussagen. Bennecke.

Ivy Mc Kenzie, Epithelmetaplasie bei Bronchopneumonie. (Virchows Archiv. Bd. 190. Heft 2.) Bei seinen an 43 Fällen vor-

genommenen Untersuchungen über Bronchopneumonie fand Verf. in 4 Fällen, die Kinder von 11 Monaten bis 2 Jahren betrafen, Veränderungen, die ihm als Beitrag zur Frage der Metaplasielehre wichtig erscheinen. Die Lungen boten die bekannten Bilder der Bronchopneumonie mit den stärksten Veränderungen in den kleinsten Bronchien und Alveolen, den geringsten in den größeren Bronchien. An den Bronchien mittlerer Größe, wo die entzündlichen Veränderungen in der Mitte zwischen den genannten Extremen standen, fand Verf. Inseln von Zellen, die er auf Grund ihrer Beschaffenheit und den Nachweis von Keratohyalin als Plattenepithelien anspricht. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt eine echte Metaplasie. 2. Nicht allein chronisch entzündliche Vorgänge, sondern auch akute Entzündungsprozesse in den Lungen können zu Metaplasie führen. 3. Diese Metaplasie muß für die Erklärung der Entstehung oder von Plattenepithelkrebsen der Lunge berücksichtigt werden. 4. Zur Erklärung der Entstehung des Plattenepithelkrebses in der Lunge ist die Annahme von versprengten Keimen nicht notwendig. Bennecke.

A. Mielecke, Über Stottern als pädagogischer Fehler und über Maßnahmen zu seiner Bekämpfung von seiten der Schule. (Beiträge zur Kenntnis der Physiologie, Pathologie und Therapie der Sprache.) (Festschrift zum 70. Geburtstage Albert Gutzmanns, herausgegeben von H. Gutzmann. Berlin 1908.) Der Lehrer und Erzieher findet bei dem Teil seiner ganzen der geistigen und körperlichen Ausbildung der heranwachsenden Jugend gewidmeten Arbeit, der positiv als Erziehung im engeren Sinne und als methodisch geleiteter Unterricht wirkt, Fehler und Mängel, die seine Arbeit stören und aufhalten, die er deshalb zu beseitigen oder denen er vorzubeugen sucht. Zu diesen „pädagogischen“ Fehlern gehört in erster Linie das Stottern, sowohl wegen der überaus wichtigen Stellung einer fehlerlosen Sprache in der geistigen Entwicklung überhaupt, dann auch wegen der großen Nachteile, die dieses Übel für den damit Behafteten bei seiner Ausbildung nach sich zieht. Der erstrebte unterrichtliche Erfolg, die gleichnamige Forderung mit anderen Kindern ist bei dem Stotterer in Frage gestellt, ja in einigermaßen schwierigen Fällen von vornherein ganz ausgeschlossen, denn ein wichtiger Faktor: die Unterstützung der Entwicklung und Ausbildung durch die Rede geht verloren. Der Stotterer bleibt zurück, wird oberflächlich wohl gar für dumm und beschränkt gehalten. Auch im späteren Leben ist ein günstiges Fortkommen in Frage gestellt, jeder Beruf stellt heute so viele Anforderungen an eine gesunde normale Sprache, daß die Stotterer überall gegen jeden Mitbewerber als minderwertig erscheinen. Dazu kommt noch, daß Stottern auch auf die Charakterbildung von unheilvollem Einfluß ist. Stotterer sind häufig jähzornig, nicht selten werden sie scheu, in sich gekehrt und meiden die Gesellschaft ihrer Altersgenossen besonders wenn sie von denselben verspottet werden. Der Verf. gibt dann ein Bild von den Maßnahmen, welche in Spandau zur Verhütung und Heilung des Stotterns getroffen werden. Seit dem Jahre 1890 bestehen ununterbrochen Sprachkurse für stotternde Schulkinder, und zwar zerfallen dieselben in Hauptkurse und Nachhilfekurse. An den Hauptkursen

nehmen nur solche Schüler teil, die heilpädagogischen Sprachunterricht noch nicht genossen haben, an Nachhilfekursen alle Schüler, die bereits einen Hauptkursus durchgemacht haben, sowie auch solche, die nur leicht stottern und einen Hauptkursus nicht nötig haben. In den Hauptkursen, die in den Winterhalbjahren liegen, wird täglich eine Stunde, in den Nachhilfekursen, die im Sommerhalbjahr abgehalten werden, wöchentlich in 4 Stunden geübt. Die Eltern der ausgewählten Kinder müssen einen Revers unterschreiben, worin sie sich verpflichten, ihre Kinder den Kursus von Anfang bis zu Ende besuchen zu lassen und für regelmäßiges und pünktliches Erscheinen zu den Übungsstunden sorgen zu wollen. Die Behandlung der Kinder erfolgt nach den Prinzipien der Gutzmannschen Methode. So ist es erreicht worden, daß die sprachgebrechlichen Kinder während ihrer ganzen Schulzeit unter sachgemäßer Aufsicht und in planmäßiger Übung stehen.
Maas (Aachen).

O. v. Leonowa-v. Lange, Zur pathologischen Entwicklung des Zentralnervensystems. Ein Fall von Amelie (Amputatio spontanea). (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43. Heft 3.) Verf. untersuchte das Zentralnervensystem eines (anscheinend fast ausgetragenen) Fötus, bei welchem die Extremitäten der rechten Seite ganz fehlten, die der linken Seite hochgradig mangelhaft entwickelte Stümpfe von 4 bzw. 5 cm Länge darstellten. Es handelte sich um einen Fall von Amelie (Amputatio spontanea). In mühsamen Untersuchungsreihen hat Verf. die Wirkung solcher intrauterinen Abschnürungen auf das Nervensystem, speziell auf Rückenmark und Spinalganglien studiert und konnte folgende interessante Tatsachen feststellen:

Die Veränderungen betrafen (entsprechend der Aplasie der Extremitäten) vorwiegend die Hals- und Lumbalanschwellung des Rückenmarks. Schon makroskopisch erwies sich die Größe der Schnitte erheblich kleiner als bei einem Vergleichsobjekt (normales Rückenmark gleichen Alters). Die graue Substanz wurde mittels des Okularmikrometers auf verschiedenen Rückenmarkshöhen der Messung unterworfen und die Zahl der Ganglienzellen vergleichsweise gezählt.

Ihre Anzahl erwies sich gegen die des normalen Rückenmarks, und zwar besonders auf der rechten Seite (wo die Extremitäten ganz fehlten) bedeutend vermindert. Auch Hinter-, Seiten- und Vorderstränge zeigten sich beträchtlich verringert, meist $r > l$. In den Vorderhörnern fehlte völlig die hintere laterale Ganglienzellengruppe. Die vorhandenen Ganglienzellen im Lendenmark lagen dicht beieinander, ihr allgemeines Aussehen atrophisch, die Größe reduziert.

Auf der ganzen Länge des Rückenmarkes fehlte das begrenzte Pyramidenbündel. Im unteren Teil des Rückenmarkes war auffallend eine Vermehrung der Zentralkanäle.

Das Gehirn war im allgemeinen in der Entwicklung gehemmt, besonders der Hirnmantel.

Die Spinalganglien waren an Zahl und Größe reduziert. In der ganzen Länge des Lumbalteils wurden nur zwei Spinalganglien gefunden. An den Ganglienzellen der Spinalganglien ließ sich Schrumpfung, Resorption, völliges Zugrundegehen nachweisen.

Aus dem Fehlen des gekreuzten Pyramidenbündels und der hinteren lateralen Ganglienzellengruppe schließt Verf., daß das Teile sein müssen, die in innigstem Zusammenhang mit den Extremitäten stehen. Das vollständig erhaltene ungekreuzte Pyramidenbündel muß eine ganz verschiedene physiologische Bedeutung haben. Der Fall zeigt, daß eine intrauterine Amputation der Extremitäten die gleichen Veränderungen im Nervensystem hervorruft, wie ein mangelhaft entwickeltes oder vollständig ausgefallenes Gehirn.

Das Zugrundegehen von Spinalganglien nach Amputation der Extremitäten beim Menschen ist in diesem Fall zuerst beobachtet worden.

Für die Einwirkung der Mißbildungen auf das Nervensystem ist das entscheidende Moment die Zeit des Ausfalls des betreffenden Organs. Wenn das Organ vor der Entwicklung eines Gewebes vernichtet wird, so entwickelt sich das Gewebe gar nicht. Wenn aber das Organ ausfällt, wenn ein Gewebe im Begriffe ist, sich zu entwickeln, oder sich schon entwickelt hat, so entwickeln sich entweder die Elemente des Gewebes nicht oder sie atrophieren und werden resorbiert, aber der Ausfall ist nicht so rein, so vollständig, wie im ersten Fall, denn er läßt sehr viele Reste nach sich. In dem vorliegenden Fall von Amelie mußte der Ausfall in sehr frühen Stadien des Fötallebens eingetreten sein, darum ist er so rein, so vollkommen.

Arthur Stern (Charlottenburg).

W. Thorner, Über den Zusammenhang zwischen Nahearbeit und Kurzsichtigkeit. (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. Januarheft 1908.) Die Beobachtungen aller Untersucher, die sich mit der Myopiefrage beschäftigten, haben das übereinstimmende Resultat ergeben, daß der Nahearbeit eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Kurzsichtigkeit zuzuschreiben ist. Während schon Kepler diesen Zusammenhang erkannt hat, haben es sich spätere Untersucher angelegen sein lassen, genauere statistische Erhebungen über den Grad und die Verbreitung der Myopie anzustellen. Es sei besonders an die umfassenden Untersuchungen des im vorigen Jahre verstorbenen Hermann Cohn erinnert, der an einem Material von über 10000 Schulkindern seine grundlegenden hygienisch wichtigen Studien machte. Es ist selbstverständlich, daß die Nahearbeit nicht die einzige Ursache der Kurzsichtigkeit sein kann; eine besondere Disposition des Auges muß stets vorhanden sein, die wahrscheinlich in einer zu geringen Festigkeit der hinteren Skleralpartien zu suchen ist.

Die vier hauptsächlichsten Theorien über die Ätiologie der Myopie sind die Akkommodationstheorie, die Konvergenzthoerie, die Rollmuskeltheorie und die Sehnerventheorie.

Um nun das Resultat der T.schen Ausführungen zusammenzufassen, so möchte Verf. die Aufmerksamkeit, mehr als dies bisher geschehen ist, auf die Feststellung der Frage lenken, ob diskontinuierliche oder kontinuierliche Augenbewegungen während des körperlichen Wachstums bei der zur Entwicklung der Kurzsichtigkeit führenden Nahearbeit stattgefunden haben, da er sich wohl erklären kann, daß diese diskontinuierlichen Bewegungen auch ohne Vermittlung der Muskeln direkt einen zerrenden Einfluß auf die Sklera auszuüben

imstande sind. Die Bekämpfung der Kurzsichtigkeit würde sich wesentlich vereinfachen, wenn sich die Annahme bestätigt, daß dem vielen Lesen jugendlicher Personen eine weit größere Bedeutung in der Myopieentwicklung zukommt als allen anderen Nahearbeiten.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

M. v. Eisler und **M. Sohma**, Untersuchungen über den Opsoningehalt des Blutes gesunder, immunisierter Mütter und Neugeborener. (Aus dem staatl. serotherapeut. Institut in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 19.) Die angestellten Versuche führten zu folgenden Resultaten:

1. Das Blutserum neugeborener Meerschweinchen und Kaninchen besitzt dieselbe opsonische Kraft wie das erwachsener Tiere.

2. Jüngere Föten besitzen noch keine Opsonine. Das erste Auftreten der Opsonine beim Fötus (Meerschweinchen) fällt ungefähr in den Anfang des letzten Schwangerschaftsdrittels. Der Opsoningehalt nimmt von da an ständig zu, um kurz vor der Geburt annähernd normale Werte zu erreichen.

3. Ein Übergang von Immunopsoninen aus dem mütterlichen in das kindliche Blut war nicht festzustellen.

4. Die Milch immunisierter Tiere enthält im Gegensatze zu normaler Milch sicher nachweisbare Mengen von Opsoninen. Grätzer.

A. W. Meyer, Resultate der Nabelabklemmung. (Aus der Klinik Chrobak.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 19.) Es wurde eine besonders konstruierte kleine, feste Klemme benutzt, mit der verschieden lange Zeit abgeklemmt wurde.

Bei einstündiger Abklemmung sahen die Verff. unter 50 Fällen nur drei ganz leichte, kaum nennenswerte Blutungen, wobei nur einige wenige Tropfen Blut abgingen. Die vollständige Verheilung trat 14 mal zwischen dem vierten und sechsten Tage auf, d. i. 28 %, in 40 Fällen bis zum achten bis neunten Tage, d. i. 80 %, unverheilt blieben demnach bei der Entlassung am neunten Tage 20 %.

Bei zweistündiger Abklemmung konnten die Verff. unter 117 Fällen gar keine Blutung beobachten. 94 waren bis zum achten Tage völlig verheilt, d. i. 80 %, somit mußten auch hier am neunten Tage 20 % unverheilt entlassen werden.

Die Resultate der langdauernden Abklemmung sind demnach 80 % vollständig bis zum achten Tage, davon rund 20 % schon am vierten bis sechsten Tage verheilt. Wenn man nur diese Resultate ins Auge faßt, so sind die Ergebnisse nicht anders als bei der gewöhnlichen Abbindung des Nabels. Die Vorteile, die die Verff. bei der langdauernden Abklemmung in der allerdings nicht großen Anzahl von Fällen feststellen konnten, waren vor allem das Fehlen jeglicher Nachblutung und die geringe Möglichkeit einer Infektion des Nabels und der intraabdominalen Nabelgefäße; beides erklärt sich durch die feste Verklebung, die schon nach Abnahme der Klemme zu sehen ist, der

Amnionscheide, so daß sowohl die Sulze als auch die Nabelschnurgefäße von der Außenwelt abgeschlossen sind. Die Verff. haben auch niemals eine Omphalitis oder einen Fungus des Nabelschnurrestes beobachtet, Zufälle, die bei abgebundenem Nabel trotz sorgfältiger Reinhaltung nicht immer zu vermeiden sind. Zweifelsohne ist nach dieser Behandlungsart die Nachbehandlung des Nabels eine viel einfachere, da der oft feuchte Nabelstrangrest entfällt, der durch Druck und Zerrung am Hautnabel nicht selten auch bei aseptischem Wundverlaufe die Heilung verzögert.

Trotzdem dieses Verfahren eine gewisse Übung und Arbeit verlangt, so sind die Vorteile desselben nicht zu unterschätzen; nach den Versuchen aber könnten die Verff. nur eine langdauernde Abklemmung empfehlen und dies vorerst wohl nur für Anstalten mit geschultem Personale, bis große Zahlen einen besseren Vergleich mit der alten Methode, die, wenn vorsichtig und nach den Regeln der Asepsis ausgeführt, ebenfalls gute Resultate ergibt, zulassen werden. Grätzer.

Haeberlin (Zürich), Sechs Fälle von Darminvagination. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 7.) Unter den sechs Fällen betrafen zwei Kinder, ein $^1/_4$ jähriges und ein 3 jähriges. H. gibt die Krankengeschichten und schließt interessante epikritische Bemerkungen an. Grätzer.

E. Döbeli (Bern), Die Purpura abdominalis Henoch. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 7—9.) Eine längere Arbeit, der eigene Beobachtungen und Fälle aus der Literatur zugrunde gelegt sind. Schließlich formuliert D. seine Ansichten über die Pathogenese der Affektion in folgende Sätze:

1. Die Purpura abdominalis Henoch ist kein Krankheitsbild sui generis.
2. Die bei der Purpura abdominalis beobachteten Symptome von seiten des Verdauungstraktus sind der Ausdruck einer bestehenden Krankheit entweder des ganzen oder eines gewissen Abschnittes des Magendarmkanals.
3. Die Erkrankung des Magendarmkanals ist als das Primäre, die Purpura mit all ihren Nebenerscheinungen als das Sekundäre aufzufassen.
4. Sämtliche Krankheiten des Verdauungskanals, welche eine Schädigung der Darmschleimhaut bewirken und dadurch die Resorption von Bakterien oder Toxinen ermöglichen, können bei dazu disponierten Individuen den bisher unter dem Namen Purpura abdominalis bekannten Symptomenkomplex hervorrufen.
5. Nur durch Heilung der betreffenden Krankheit des Verdauungskanals sind die Purpura und ihre Nebenerscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Grätzer.

R. Funaro, La sieroterapia marina nella pratica infantile. (Rivista di Clinica Pediatrica. September 1907.) Verf. berichtet über den Fall eines 7 jährigen Kindes, das infolge schwerer Enteritis sehr heruntergekommen war und bei dem er sehr günstige Resultate dadurch erzielte, daß er alle 2—3 Tage 50 ccm Seewasser

subkutan injizierte. Das Seewasser war durch Zusatz von 1 ‰ Wasserstoffsuperoxyd sterilisiert und durch Zufügung von zwei Volumteilen destillierten und steriliserten Wassers isotonisch gemacht, so daß das Δ der Lösung gleichmäßig 0,57 betrug. Noch evidenter waren die Erfolge bei einem 14 Monate alten Kind, das die Symptome einer schweren Intoxikation infolge einer Enteritis und Stomatitis zeigte, und bei einem gleichfalls 14 Monate alten Säugling mit schwerster Atrepsie. Im letzteren Fall wurde mit 25,30 ccm der Lösung begonnen und bis auf 40 ccm gestiegen. F.

Mario Flemini, Une caso di stomatite e setticemia gonococcica in un bambino di 2 anni. (Rivista di Clinica Pediatria. September 1907.) 3—4 Tage nachdem das Kind die Gummikanüle einer Spritze, mit welcher der an Urethralgonorrhöe leidende Vater seine Injektionen machte, an den Mund gebracht hatte, trat Schwellung der Lippen und Geschwüre der Mundschleimhaut auf, die ein rhagadiformes Aussehen hatten und mit purulentem, gelblichem Sekret bedeckt waren. Wenige Tage darauf setzte Fieber ein und weitere 3—4 Tage darauf erschien ein masernähnlicher Ausschlag, der allmählich abblaßte. Als dann noch eine Schwellung der linken Schulter und Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des linken Arms auftraten, wurde das Kind in die Klinik gebracht. Man konstatierte die Schwellung der Lippen, die Geschwüre der Mundschleimhaut, die unter Fieber von 38—38,5° in den nächsten Tagen sich noch ausbreiteten, dann aber unter Behandlung mit Argentumlösung (1 : 100) sich besserten. Die mikroskopische Untersuchung des Geschwürsekrets ergab Diplokokken, die alle Charakteristika der Neisserschen Gonokokken hatten; Kulturen auf Harnagar aus Blut, das aus der Vena mediana der linken Ellenbogenbeuge entnommen war, ergab das gleiche Resultat. Es wurden Einreibungen mit Collargol (15 %) in verschiedenen Körperregionen 3 mal täglich verordnet. Das Kind genaß in allmählich fortschreitender Konvaleszenz. F.

Antonio Jovane, Contributo spirimentale allo studio della etiologia e patogenesi del rachitismo. (La Pediatria. September 1907.) Verf. hat ganz kleinen Kaninchen fäkales Material rachitischer Kinder und solches von nicht-rachitischen, aber an akuten Gastroenteritiden und grünen Diarrhöen leidenden Kindern injiziert. Er findet die experimentell erzeugte Rachitis nicht verschieden von der Erkrankung beim Menschen. Die in Intervallen von 2—4 Tagen vorgenommenen Injektionen der wässerigen oder alkoholischen Extrakte der Fäzes wurden gut ertragen; die Dosen waren klein und stiegen allmählich an. Alkoholische Extrakte erwiesen sich als am wirksamsten, weniger die wässerigen, als nicht wirksam die gemischten. Die bei den Tieren erzielten Veränderungen glichen klinisch und anatomisch-pathologisch den bei rachitischen Kindern beobachteten. Die Knochenepithelien waren verdickt, die langen Röhrenknochen zeigten Verkrümmungen und Verbiegungen; der Gang wurde derart, daß die Tiere in den weiteren Versuchsstadien sich fast mit dem Bauch auf der Erde fortbewegten; sie zeigten ferner auf dem Rücken eine Einsattlung der Wirbelsäule sowie Varismus und Valgismus der Extre-

mitäten. Mikroskopisch fand sich an den Knochen Erweichung; der Knorpel war verdickt und setzte sich in unregelmäßiger Weise und mehr oder weniger tief in die Spongiosa hinein fort, die nicht mehr von knöcherner, sondern osteider Beschaffenheit war. Alle anderen histologischen Veränderungen glichen völlig den bei rachitischen Kindern gefundenen. Die Menge der Kalksalze in den dystrophischen Knochen war erheblich vermindert.

Nach dem Ergebnis seiner Untersuchungen ist Verf. geneigt, bei der Ätiologie der Rachitis der Resorption toxischer Intestinalprodukte eine große Rolle einzuräumen; doch bilde sie nicht für alle Fälle die einzige Erklärung, vielmehr wirkten noch andere, bisher nicht genügend aufgeklärte Faktoren mit. Jedenfalls beruhte die Störung in der Mineralisation des Organismus und die daraus sich ergebenden Knochenaffektionen bei der Rachitis auf einer Alteration des Stoffwechsels, die ihrerseits mehrere Gründe haben könne, unter denen die chronische intestinale Intoxikation am sichersten sei.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchungen neigt Verf. mehr zu der Ansicht Pommers und Heubners, daß ein Stillstand in der Transformation, durch welche der Übergang der osteoiden Substanz an definitiven Knochen stattfindet, anzunehmen sei, als zu der von Kassowitz, daß ein chronischer entzündlicher Prozeß vorliege, abgesehen von Ausnahmefällen, in denen, wie auch Heubner zugibt, das Umgekehrte der Fall sein kann. F.

Francis Harbitz und **Olaf Scheel** (Norweger), Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Fälle von akuter Poliomyelitis und verwandter Krankheiten bei den Epidemien in Norwegen 1903—1906. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Reichshospitals.) (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1907. Nr. 10.) Seit 1903 treten Epidemien von Poliomyelitis in Norwegen auf, 1905 und 1906 wurden 1053 Fälle mit 145 Todesfällen angezeigt. Die Verff. haben sehr genau das Sektionsmaterial von 19 Todesfällen während dieser Epidemien untersucht, nämlich: a) 13 Fälle von akuter Poliomyelitis (inkl. akuter Bulbärparalysen); 7 waren Kinder, 6 Erwachsene; der Tod trat in einem Fall nach 2 Tagen, in einem nach 3 Tagen, in einem nach 4 Tagen, in einem nach 5 Tagen, in 8 nach 7—9 Tagen und in einem nach 10 Tagen auf; b) 4 Fälle von verlaufener akuter Poliomyelitis im Reparationsstadium bzw. $1^1/_2$, $6^1/_2$, $6^1/_2$ und $22^1/_2$ Monate nach dem Anfang der Krankheit bei 3 Kindern und 1 Erwachsenen; c) endlich 2 Fälle von akuter Enzephalitis (bei 1 Kind und 1 Erwachsenen), die gleichzeitig mit diesen Epidemien und nach aller Wahrscheinlichkeit mit ihnen zusammenhängend auftraten. Die Verff. haben systematisch die Medulla oblongata und den Pons untersucht, ferner die Zentralganglien und das Zerebrum, auch das Rückenmark und periphere Nerven gewöhnlich von dem Lumbal- und Brachialplexus. Was den allgemeinen Sektionsbefund betrifft, fanden die Verff., trotzdem die akute Poliomyelitis ohne Zweifel eine akute Infektionskrankheit ist, keine ausgeprägten Zeichen einer allgemeinen Infektion (keine Milzschwellung, keine parenchymatösen Degenerationen der inneren Organe, keine Ekchymosen, keine akute Entzündungen

der serösen Höhlen). Die Eingangspforte ist wahrscheinlich der Verdauungskanal, speziell der Rachen; anatomisch ließ sie sich nicht nachweisen. In dem Rückenmark wurde eine verbreitete, an den Gefäßen geknüpfte, infiltrierende Entzündung nachgewiesen, speziell in der grauen Substanz namentlich in den grauen Vorderhörnern, aber auch in der weißen Substanz mehr oder weniger nachweisbar, zugleich immer in der Pia und ihren Verlängerungen in den Fissuren und den Gefäßen entlang vorhanden. Am häufigsten war die Entzündung in dem großen Rückenmark verbreitet, gewöhnlich am stärksten in der Lumbal- und Zervikalintumeszenz. Oft hatte die Entzündung einen hämorrhagischen Charakter. Die Pia war immer angegriffen, selbst wenn eine Poliomyelitis noch nicht vorhanden war. Das Leiden beginnt sicher in der Pia, und die Entzündung verbreitet sich sekundär den Gefäßen entlang in das Rückenmark hinein. Auch an den oberhalb des Rückenmarks liegenden Teilen findet man überall dieselbe Entzündung der Pia mater. Gleichzeitig fanden die Verff. auch eine verbreitete Entzündung des verlängerten Marks und der Hirnsubstanz, am stärksten in der Medulla oblongata und dem Pons, in der grauen Substanz um den vierten Ventrikel, in der Substantia reticularis nebst den Nervenkernen. Auch hier war die Entzündung an die Gefäße geknüpft und stand in unmittelbarer Verbindung mit der Piaentzündung. Die weiße Substanz, z. B. die Pyramiden, auch die Oliven und die Crura cerebelli waren weniger angegriffen. Im ganzen war die Entzündung weniger heftig als in dem Rückenmark, aber auch hier oft von hämorrhagischen Charakter. Oft war, namentlich bei stärkerem Leiden der Medulla oblongata, bedeutendes Ödem im vierten Ventrikel vorhanden. In dem Zerebellum war gewöhnlich die Entzündung gering und nur in den zentralen Teilen vorhanden. In den Zentralganglien wurden ziemlich konstant entzündungsartige Infiltrate gefunden, namentlich in den hinteren Teilen des Thalamus opticus. In einigen Fällen, doch nicht konstant, wurde eine Entzündung des Gehirns in Verbindung mit der Piaentzündung gefunden, speziell in den Gyri des Temporal- und Frontallappens. Bei akuter Poliomyelitis findet man also nicht allein eine Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarks, sondern eine diffuse Entzündung des ganzen verlängerten Marks und des Pons, der Zentralganglien und oft auch der Hirnrinde selbst, immer in Verbindung mit einer ähnlichen Entzündung der Pia. Dieses gilt auch für die leichteren Fälle, so wie die Verff. es in den obenerwähnten Fällen, die in dem Reparationsstadium an Komplikationen starben, nachgewiesen haben. Die Verff. zeigen ferner, daß die Landrysche Paralyse von der akuten Poliomyelitis anatomisch nicht verschieden ist; die Entzündung ist nur in dem verlängerten Mark sehr verbreitet. Zugleich zeigen sie, daß sich die während der Epidemien auftretenden akuten Bulbärparalysen oder Polienzephalitis inferior acuta ganz wie Poliomyelitis anatomisch verhalten. Es gibt auch Fälle von begrenzter transverseller Myelitis, die sich pathogenetisch und ätiologisch an die Poliomyelitis anschließen. Dagegen gelang es ihnen nie, eine echte akute interstitiell infiltrierende Neuritis mit gleichzeitig

parenchymatösen Veränderungen in ihren Fällen nachzuweisen, so wie sie auch keine Fälle von Zerebrospinalmeningitis gleichzeitig mit den Epidemien auftreten sahen. Dagegen traten einzelne Fälle von Meningoenzephalitis auf, die dasselbe Gepräge wie die poliomyelitische Entzündung hatten; sie haben jedenfalls einen solchen Fall seziert. Was die Ätiologie betrifft, weisen sie auf die Geirsvoldschen Untersuchungen hin; in den Präparaten gelang es ihnen nicht die Geirsvoldschen Kokken nachzuweisen, was doch nicht dagegen spricht, daß Mikroben vorhanden sind und eventuell die Entzündung verursachen. Wahrscheinlich geschieht die Infektion hämatogen vom Verdauungskanal aus, und das spezifische Virus ist in dem Nervensystem selbst vorhanden. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

P. Haushalter (Nancy), Sérothérapie par le sérum de Vaillard dans un cas de diarrhée chronique dysentérique datant de vingt-neuf mois. (Arch. de méd. des enf. Décembre 1907.) Die guten Resultate, welche das antidysenterische Serum von Vaillard in akuten Fällen von Dysenterie ergeben hat, scheinen auch auf chronische Fälle ausgedehnt werden zu können, wenn man nach denjenigen schließt, die der Verf. bei einem 5jährigen, seit mehr als 2 Jahren an Dysenterie von wechselnder Intensität leidendem Mädchen erzielt hat. Außer den klinischen Zeichen bot der Fall auch eine deutliche Agglutinierung für Flexnersche Bazillenkulturen im Verhältnisse von $^1/_{30}$, die durch lange Zeit immer wieder gefunden wurde, während für andere Arten von Dysenteriebazillen eine solche Agglutinierungsfähigkeit nicht bestand.

Schon nach einer einzigen Einspritzung des betreffenden antidysenterischen Serums wurde eine deutliche Besserung sowohl des Allgemeinbefindens, als auch der Stühle festgestellt und konnte mit weiteren Einspritzungen vollkommene Heilung erzielt werden, nachdem die Krankheit während 29 Monaten allen möglichen diätetischen und medikamentösen Maßnahmen stand gehalten hatte. Im ganzen wurden 6 Einspritzungen von je 10 ccm Serum im Verlaufe von 6 Monaten gemacht, doch wären die Resultate rascher erzielt worden, falls man die Einspritzungen in kürzeren Intervallen vorgenommen hätte.

E. Toff (Braila).

Giuseppe Caccia (Florence), La cystite chez les nourrissons. (Archives de méd. des enfants. Décembre 1907.) Die Zystitis des Säuglingsalters ist keine allzu häufige Krankheit, und da in vielen Fällen die Diagnose schwer zu stellen ist, so wurde dieselbe lange Zeit verkannt. Die Untersuchungen von Escherich haben zuerst die Aufmerksamkeit der Pädiater auf die Krankheit gelenkt, und dann sind noch mehrfach Beobachtungen veröffentlicht worden.

Symptomatisch ist folgendes hervorzuheben: Die Kinder sind unruhig, urinieren häufig und halten die Beine gegen den Bauch hin angezogen. Es besteht Fieber, was in Verbindung mit den anderen Symptomen an eine Magen- oder Darmerkrankung denken läßt, doch besteht keine Diarrhöe, vielmehr ist der Stuhlgang angehalten. Die meisten Blaseninfektionen bei Kindern entwickeln sich infolge einer Infektion mit Bacterium coli, viel seltener werden Zystitiden, die auf Tuberkulose, Gonokokken- oder Typhusinfektion beruhen, beobachtet.

Der Harn ist trüb und läßt einen weißlichen, flockigen Bodensatz sich absetzen; interessant ist es, daß die Reaktion immer eine saure ist. Mikroskopisch findet man: Eiterkörperchen, Blasenepithelien und, während des akuten Stadiums, vereinzelte rote Blutkörperchen. Hervorzuheben ist ferner die Agglutinierungsfähigkeit des Blutserums der betreffenden Kranken auf Kulturen von Bacterium coli.

Der Verlauf der Blasenentzündungen bei Kindern ist im allgemeinen ein günstiger, namentlich wenn die Behandlung frühzeitig eingeleitet wird. Dieselbe besteht hauptsächlich in Blasenwaschungen mit schwachen Borsäure- oder Hypermanganicumlösungen, später mit Protargol oder Silberalbuminat 0,20—1,0 $^0/_0$ und in der Verabreichung von Helmitol oder Urotropin. Falls Phimose besteht, soll außerdem auch die Beschneidung vorgenommen werden. Eine Serotherapie, welche von Ganchon versucht wurde, hat noch keine definitive Resultate ergeben und müssen diesbezüglich noch weitere Studien gemacht werden. E. Toff (Braila).

L. Durand, La scopolamine, anesthésique général, en chirurgie infantile. (Thèse de Paris. 1907.) Der Verf. lobt die Vorzüge der Skopolamin-Morphineinspritzungen als allgemeines Anästhetikum in der infantilen Chirurgie. Dasselbe hat den Vorteil, die die zur Narkose notwendige Chloroformmenge auf ein Minimum zu reduzieren, die Furcht und Aufregung vor der Operation zu beseitigen, folglich auch die Gefahren einer Synkope. Die kleinen Patienten sind nach der Operation ruhig, brechen nicht, haben keine oder nur wenig Mydriasis und keine Kontrakturen der Bauchmuskeln. Die bei Kindern im Alter von 4—15 Jahren gemachten Beobachtungen haben sogar gezeigt, daß Kinder das Mittel besser vertragen, als Erwachsene. Die für die subkutane Injektion empfohlene Lösung enthält 1 mg Skopolamin und 1 cg Morphin per Kubikzentimeter. Hiervon wird durchschnittlich $^1/_2$ ccm eingespritzt, doch kann man auch bis zu einem ganzen Kubikzentimeter gehen. Etwa $1^1/_2$ Stunden nach der Einspritzung wird die Chloroformnarkose eingeleitet. E. Toff (Braila).

Martinet, Pneumonie mit intermittierendem Fieber. (Presse médicale. 8. Juni 1907.) Die klinischen Erscheinungen einer lobulären Pneumonie waren bei dem $4^1/_2$ jährigen Knaben mit einem intermittierenden Fieber verbunden. Malaria war absolut sicher auszuschließen, da das von französischen Eltern stammende Kind stets in Paris gelebt, niemals früher ähnliche Fieberanfälle gehabt hatte. Chinin war ohne jeden Einfluß auf die Temperatur. Dieser Typus ist bei der Pneumonie selten und wird von den meisten Autoren nicht erwähnt. (In British Journal of Childrens dis., 1906 sind drei gleiche Fälle beschrieben.) H. Netter (Pforzheim).

L. M. Bonnet, Erysipelas faciei bei einer Stillenden, beim Kinde die Ursache einer eitrigen Peritonitis. (Lyon médical. 25. November 1906.) 24 jährige Frau, im 6. Monat gravid, tritt am 27. April 1906 wegen Sekundärsyphilis in das Hospital ein. Geburt eines 2900 g schweren Kindes zum normalen Termin. 2 Tage nach der Geburt, am 19. Juli, Blasen an Hand- und Fußflächen, Schnupfen

in der dritten Woche und rechtseitige Otorrhöe. Bei Brustnahrung regelmäßige Gewichtszunahme. Leib ein wenig groß, rückfällige Diarrhöe. Am 30. September Erbrechen und Zunahme der Diarrhöe, Leib wenig aufgetrieben, am 31. grüne Stühle, wiederholtes Erbrechen, 39°. Tod am 1. Oktober. Die Autopsie ergibt eine eitrige Peritonitis, Eiter vom Aussehen des Pneumokokkeneiters. Irgendwelche viszerale Läsionen nicht auffindbar. Am folgenden Tag bekommt die schon seit einigen Tagen unpäßliche Mutter ein ziemlich schweres Gesichtserysipel, das zur Heilung kommt. Verf. nimmt als sehr wahrscheinlich an, daß das Erysipel der Mutter den Ausgangspunkt für die Peritonitis beim Kinde war. H. Netter (Pforzheim).

Vincent, Néphrite aiguë au cours d'une rubeole. (Société de méd. de Vaucluse. — Province médicale. 1907. Nr. 41.) Bei dem ziemlich seltenen Vorkommen von Nierenkomplikationen bei Rubeolen sei dieser Fall in seinen Hauptzügen kurz skizziert: Eine 15jährige Pensionärin, aber noch vollkommen wohl und auf einem Spaziergang 5 km von Hause entfernt, zeigt nachmittags einen Ausschlag im Gesicht. Sie wird sofort im Wagen nach Hause und zu Bett gebracht. Der Abendurin spärlich und braun. Kein Fieber. Am folgenden Morgen maserähnliches Exanthem auf dem ganzen Körper, nur mit viel dunklerem Farbenton, Halslymphdrüsen voluminös, besonders links, Konjunktiven injiziert, kein Husten, kein Schleimhautexanthem. Temperatur normal. Urin deutlich blutig, mikroskopisch reich an roten Blutkörperchen, Nierenepithelzellen und granulierten Zylindern, kurzum die Zeichen einer akuten Nephritis, deren Auftreten zusammenfällt mit dem des Exanthems. Nach 48 Stunden Abklingen des letzteren, zugleich vermehrte Entleerung des klar gewordenen Urins. Am fünften Krankheitstag ist der Urin frei von Eiweiß und am 22. Juni, 11 Tage nach Beginn, ist die Kranke wiederhergestellt. 15 Tage vorher war ein Mädchen des gleichen Pensionats an Rubeolen erkrankt gewesen, das zur Zeit des zweiten Falles Rubeolen an Masern krank lag, mit Husten und deutlichen katarrhalischen Erscheinungen. Als causa afficiens des gleichzeitigen Auftretens einer Nephritis beschuldigt Verf. den 5 km langen Marsch am Tag des Ausbruchs des Exanthems. H. Netter (Pforzheim).

Jack und **Verhoeff,** Ein Fall von chronischer Otitis media, Hämorrhagie in dem äußeren Gehörgang, Perforation des Pharynx mit tödlicher Blutung aus der Jugularis. (Boston medical and surgical Journal. 4. Juli 1907.) Vor der schweren tödlichen Erkrankung war das $2^1/_2$jährige Kind nicht krank und nicht ohrenleidend gewesen. 2 Wochen zuvor Schmerzen, vor einigen Tagen rechtsseitige Ohreiterung und seit einer Woche Schwellung hinter dem Ohr. Im Meatus Blutklumpen. Über dem Proc. mast. eine große empfindliche Schwellung, 1 Zoll nach unten und $^1/_2$ Zoll nach hinten. 2 Stunden post recept. schwere Blutung aus Nase und Mund, trotz aller Maßnahmen Tod. Nase und Gehörgang voll mit geronnenem Blut, die Weichteile unter dem Schläfenbein mit Karotis und Jugularis blutig infiltriert von einem großen Blutextravasat. Dieses kommunizierte mit dem Pharynx genau unter der Mündung der Tuba Eustachii.

Es erstreckte sich bis an den Kieferwinkel und kommunizierte mit dem Lumen des knöchernen Gehörgangs. Int. intakt, retrahiert und mit dem Promontorium adhärent als Resultat einer alten Perforation. Paukenhöhle, Eustachische Röhre, Atticus und Mastoidzellen voll von Exsudat, aber frei von Blut. Die Gehörknöchelchen in situ, einige kleine Granulationspolypen auf der inneren Paukenwand. Karotis intakt. Die histologische Untersuchung ergab die charakteristischen Zeichen der eitrigen Otitis media. Large purulent areas were seen in the tissues the seat of the large haemorrhage, and the wall of the jugular vein passnig througt it was completely necrotic. Streptokokken in kurzen Ketten.

H. Netter (Pforzheim).

Gibb, Venerische Krankheiten unter Kindern. (New York medical Record. 20. April 1907.) Bei der Untersuchung von 900 Kindern, die angeblich die Opfer von Notzuchtsattentaten oder unsittlicher Angriffe waren, ergab sich, daß 117 = 13 % an venerischen Erkrankungen litten; 81 = 9 % hatten gonorrhoische Vaginitis, Vulvitis oder Urethritis; $2^1/_2$ % hatten multiplen, weichen Schanker der Genital- oder Analregion; 1 % hatte Kondylome. 3 Knaben hatten gonorrhoische Arthritis und 2 gonorrhoische Proctitis. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 3 und 16 Jahren. Die Prävalenz der venerischen Erkrankungen unter den Kindern New Yorks, welche Verf. für größer hält, als gewöhnlich angenommen wird, hängt hauptsächlich mit der Anwesenheit einer großen unordentlichen und abergläubischen fremden Bevölkerung zusammen, ferner mit der Frühreife und dem tiefen moralischen Standard der Kinder.

H. Netter (Pforzheim).

Arnold Winternitz, Actinomycosis abdominalis. (Budapesti orvosi ujsàg. 1908. Nr. 3.) Die Erkrankung tritt oft unter dem Bilde einer akuten, abszedierenden oder exsudativen Appendizitis auf. Die Infiltrate sind, bis sie das Peritoneum parietale nicht erreichen, nicht schmerzhaft und mobil. Verf. beschreibt 5 Fälle.

Ernö Deutsch (Budapest).

Ernö Deutsch, Über Waisenhäuser. (Köregèsiség. 1908. V.) Verf. stellt den oft unverläßlichen Pflegeeltern das System der Anstaltsversorgung gegenüber. Im Rahmen der Internate soll durch Gruppenteilung die Individualisierung ermöglicht werden. Die Erziehung und der Unterricht sollen das Prinzip „non scholae sed vitae discimus“ vor Augen halten, überall möge das Praktische in den Vordergrund treten, um die Kinder für den Kampf ums Dasein zu stählen. Dem Unterricht möchte er womöglich amerikanische Basis geben, die den Heranreifenden im Ganzen — Körper und Seele zugleich — die entsprechende Ausbildung bietet. Eingehend ist die Berufswahl vom ärztlichen Standpunkte gewürdigt. Die hygienischen Einrichtungen der Institute, die Rolle des Anstaltsarztes, der Unterricht der Hygiene werden der Wichtigkeit der Frage entsprechend beleuchtet.

Autoreferat.

J. Bogdanik, Die subkutanen Verletzungen der Harnröhre. (Lwowski Tygodnik lek. 1907. Nr. 28.) Alle Verletzungen der Harnröhrenschleimhaut sind ernster Natur, wenngleich die gleich nach dem Trauma auftretenden Erscheinungen nicht geradezu allar-

mierend sind. Als erstes Symptom tritt die Blutung aus der Harnröhre auf, wobei der Verletzte den Urin überhaupt nicht lassen kann, oder bloß tropfenweise unter Äußerung lebhaften Schmerzes. Am Perineum, Hodensack, Penis tritt Schwellung und Blaufärbung auf, ebenso an der unteren Bauchpartie. Der in den Anus eingeführte Finger fühlt in der Prostatagegend eine teigige Anschwellung; tritt beim Druck auf diese Stelle Blut aus dem Orifizium heraus, dann ist sicher eine Zerreißung der Harnröhrenschleimhaut vorhanden.

In diesen allerdings seltenen Fällen, wo das Symptom der Harnröhrenblutung nicht vorhanden ist, ist die Urinverhaltung mit den begleitenden Beschwerden ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Es fehlt die Hämaturie bloß in Fällen von leichterer Kontusion, seltener fehlt sie, wo eine teilweise Schleimhautzerreißung vorhanden ist, immer ist sie bei totaler Zerreißung der Urethra zu konstatieren. Diese letzteren Fälle sind es, die einen sofortigen Eingriff zur Vermeidung von Urininfiltration erheischen.

In erster Reihe ist das Einlegen des Katheters, unter strengsten antiseptischen Kautelen, zu probieren, geht's nicht, dann schreitet man zur externen Urethrotomie. Bloß in jenen leichteren Fällen, in welchen der Verletzte unzersetzten Urin abgibt, ist vorläufig vom Katheterisieren Abstand zu nehmen und durch interne (3,00 pro die) Helmitoldarreichung der Urinzersetzung entgegenzuarbeiten.

Tritt aber Perinealschwellung und Harnverhaltung ein, dann ist auch hier die Urethrotomia externa indiziert. Manchmal ist das Aufsuchen des zentripetalen Harnröhrenendes leicht, dann wird der durch das Orifizium eingeführte Katheter bis in die Blase vorgeschoben, und die beiden zerrissenen Harnröhrenenden mit Naht vereinigt. Ist aber das Aufsuchen erschwert oder unmöglich, dann wird die Sectio alta extraperitonealis vollführt, von der Blase ein, vom Orifizium der zweite Katheter eingeführt, beide bis zur Wunde vorgeschoben, und nach Abtragung des Blasenkatheters einer der Orifiziumkatheter in den erstgenannten hineingeschoben, worauf durch Zug des Blasenkatheters der zweite in die Blase hineingleitet. Die Wunde am Abdomen wird hierauf geschlossen. **Gabel.**

M. Ciuca, Die Hypothermie bei einigen experimentellen Infektionen. (Revista stiintzelor medicale. Okt.—Nov. 1907.) Der Verf. hat mehrfache Versuche angestellt, um die Wirkung starker Körperabkühlung bei weißen Mäusen und Meerschweinchen gegenüber verschiedenen experimentellen Infektionen festzustellen und ist zu folgenden Ergebnissen gelangt.

Die durch einige Zeit fortgesetzte Immersion von Meerschweinchen in Wasser von 12° Temperatur bewirkt bei denselben eine Herabsetzung der rektalen Temperatur bis unter 29°. Werden die Tiere nach 17 Minuten aus diesem Bade herausgezogen, so dauert es 6—7 Minuten, bis die Körpertemperatur wieder die normale Höhe erreicht hat.

Die Hypothermie bewirkt bei den betreffenden Tieren eine Herabsetzung oder gänzliche Aufhebung ihrer natürlichen Immunität gegenüber verschiedenen experimentellen Infektionen.

Mäuse, die vor der Abkühlung mit auf 70° erwärmten Tetanussporen subkutan oder intraperitoneal infiziert worden sind, zeigen nach einer bis vier Tage dauernden Inkubation allgemeinen Tetanus (d'emblée), mit Isolierungsmöglichkeit des Nikolaierschen Bazillus sowohl aus dem Blute, als auch aus den Eingeweiden. Die nicht abgekühlten, aber gleichzeitig und mit denselben Dosen geimpften Tiere zeigen keinerlei pathologische Erscheinungen.

Die Hypothermisation hebt die natürliche Immunität des Meerschweinchens für menschliche Streptokokken auf. Eine sonst nicht tödliche Dosis, auf intraperitonealem Wege eingeimpft, bewirkt bei den der Kälte ausgesetzten Tieren tödliche Streptokokkenseptikämie.

Die Erklärung der erwähnten Kältewirkung ist in einer akuten Nekrose der Leukozyten der Peritonealhöhle, nach vorangehender kurzer Hyperaktivität zu suchen. Am meisten sind die Polynuklearen betroffen, die schon nach einer Stunde Koagulationsnekrose zeigen. Diese Aufhebung der natürlichen Phagozytose gibt die Erklärung für die Aufhebung der natürlichen Immunität. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Niederlandsche Gesellschaft for Pädeatrie.

(Nach Ned. Tydschrift f. Geneeskunde. 1907. Bd. I S. 1669.)

v. d. Hoeven berichtet über einen Fall von **Hernia ovarii.** Ein Mädchen von 5 Jahren kommt mit Erbrechen und Unruhe bei normaler Defäkation unter Behandlung mit der Diagnose irreponibler Inguinalbruch. Es fand sich in der linken Leistengegend ein irreponibler Tumor von der Größe einer Walnuß, von regelmäßiger Oberfläche und fester Konsistenz. Auf Grund von Form und Resistenz des Tumors wurde die Diagnose Hernia ovarii gestellt.

Bei der Operation fand sich in dem geöffneten Bruchsack ein vergrößertes und verfärbtes Ovarium mit Tuba und Ligg. lata. Das Ovarium, weil die Achse tordiert, wurde abgebunden und entfernt. Heilung.

Haverschmidt: **Über abnormale Formen von Tuberkulose bei Kindern.** An der Hand von zwei von ihm beobachteten Fällen weist H. darauf hin, daß bei Kindern öfter Fälle vorkommen, wo sich nicht ein einziges Symptom von lokalisierter Tuberkulose, aber wohl langwährende Perioden von Temperaturerhöhung (abends bis 39° C.), mit einzelnen Tagen von fieberfreier Intermission, und öfters Schwellung von Lymphdrüsen, Leber und Milz finden. Viele derartige Fälle, welche mehrmals als Pseudoleukämie diagnostiziert wurden, sind in Wirklichkeit Tuberkulose. Diese Fälle können heilen, doch in der Mehrzahl endigen sie mit akuter Tuberkulose von Lungen oder Meningen. Bei zwei Fällen hatte das Fieberstadium 10 bzw. 7 Monate gedauert, ehe lokalisierte Tuberkulose auftrat.

Ein dritter Fall betrifft einen Säugling von 10 Wochen von tuberkulösen Eltern, anfänglich durch die Mutter ernährt. Bei der Obduktion fand H. verhärtete Bronchialdrüsen und tuberkulöse Infiltrate und Kavernen in beiden Unterlappen. Im Abdomen keine einzige tuberkulöse Abweichung. Diese Befindung spricht für die Annahme, daß in casu die Infektion nicht von alimentärem Ursprung war. (Ref.)

Scheltema: **Endemisches Auftreten von Poliomyelitis in Niederland 1905 und 1906.** S. kommt, auf Grund seiner Studien an einer Endemie von Poliomyelitis in Niederland, u. a. zu dem Schlusse, daß die Poliomyelitis zu derselben Gruppe gehört wie die Polyneuritis, Cerebrospinalmeningitis, Enzephalitis, Myelitis und Herpes zoster, welche alle durch dasselbe krankmachende Agens verursacht werden.

Plantenga: **Ein Fall von Amyotrophia spinalis diff. cong.** (schon referiert). de Bruin berichtet über einen gleichen Fall, für welchen er aber den Namen

infantile (hereditäre), familiäre progressive spinale Muskelatrophie vorzieht, von anderen Krankheit von Werndig-Hoffmann genannt.

Kind von $2^1/_2$ Monaten; zweites Kind. Das erste war gestorben, ohne seit der Geburt eine einzige Bewegung mit Rumpf, Kopf und Extremitäten gemacht zu haben. Das Kind zeigt schon seit dem 14. Lebenstage keine aktive Bewegung und ist vollkommen schlaff. Die mimischen und die Kaumuskeln funktionieren normal. Muskeln von Hals, Brust, Bauch, Rücken und Extremitäten schlaff und atrophisch. Keine Reflexe. Sensibilität normal.

Die elektrische Untersuchung ergab: 1. Muskeln: Br. galvanische Reizung, träge Kontraktion von allen Extremitätsmuskeln. Die faradische Reizung ist aufgehoben in den Mm. Deltoideus, Biceps brachii und Peronei (Entartungsreaktion), in allen übrigen Muskeln ist sie vermindert. 2. Nerven: Für den faradischen Strom sind die Nn. Radialis, Peroneus und der Erbsche Punkt nicht, die Nn. Medianus und Ulnaris wohl reizbar.

Anfälle von Dyspnoë und Cyanose. Tod nach $4^1/_2$ Monaten. Später wurde ein drittes Kind geboren, das starb im 3. Monat und zeigte dieselben Erscheinungen.

Bei dieser an sich selbst wegen ihrer Seltenheit schon interessanten Erkrankung ist indes noch speziell zu erwähnen, daß die Krankheitserscheinungen und der Tod schon so kurz nach der Geburt aufgetreten sind.

Timmer: a) **Über die Bedeutung der Bestimmung des Flüssigkeitsdrucks bei der Lumbalpunktion** mit Demonstration von Apparaten; b) **Demonstration einer Spritze für subkutane Infusion.**

Graanboom.

Freie Vereinigung für wissenschaftliche Pädiatrie.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Vorsitzende: Heubner (Berlin) und Czerny (Breslau).

Schriftführer: Langstein (Berlin).

Am 29. März 1908 fand in Breslau die zweite Tagung der „Freien Vereinigung für wissenschaftliche Pädiatrie“ statt. Nach einleitenden Begrüßungsworten Heubners nahm Czerny (Breslau) das Wort zu dem Thema: **Über die Bedeutung der Inanition bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.**

C. leitet die Diskussion über das genannte Thema mit einer Erörterung der Definition des Begriffes der Inanition ein. Am wichtigsten ist die Unterscheidung der Inanition aus äußeren und inneren Ursachen. Bei der ersteren handelt es sich um beabsichtigte Nahrungsentziehung oder um unüberwindliche Hindernisse bei der Nahrungszufuhr, bei der letzteren um eine Insuffizienz des Organismus, die verabreichte Nahrung oder einzelne Bestandteile derselben ausnützen zu können. Die Diskussion der Inanition aus inneren Ursachen umfaßt drei Fragen: 1. Welche Arten von Inanition kommen überhaupt in Betracht? 2. Wie lange werden dieselben von Säuglingen ertragen und welchen Grad dürfen sie erreichen, um noch reparabel zu sein? 3. Welche Mittel stehen zur Verfügung, ihnen vorzubeugen und abzuhelfen?

Die Prüfung der ersten Frage zeigt, daß wir vorläufig nur eine Inanition infolge Mangels an organischen Bestandteilen und zwar an Alkalien kennen. Es ist wahrscheinlich, daß auch der Mangel an anderen anorganischen Bestandteilen schwere Störungen zur Folge hat, doch liegen darüber noch nicht genügende Untersuchungen vor. Bezüglich der zweiten Frage muß auf den großen Unterschied hingewiesen werden, welcher sich bei der Inanition geltend macht, wenn dieselbe mit großen oder mit geringen Wasserverlusten einhergeht. Die Inanition aus inneren Ursachen wird um so länger ertragen, je langsamer sie sich abspielt, so daß dem Organismus Zeit gegeben ist, von seinen Reserven Gebrauch zu machen. Für die langsam verlaufenden Fälle gilt die von Quest aufgestellte Grenze. Bei der Beantwortung der dritten Frage ergibt sich, daß bisher alle Bestrebungen nur darauf gerichtet waren, dem Wasserverlust des Organismus entgegenzuwirken. Darauf läuft die Therapie mit Salzlösungen unter Verabreichung von Kohlehydraten hinaus. Dagegen fehlen uns vorläufig Hilfsmittel, um dem Katalysatorenmangel vorzubeugen. Das Suchen nach solchen Mitteln ist gegenwärtig eine unserer wichtigsten Aufgaben.

An den Vortrag schloß sich eine sehr lebhafte Diskussion.

Rietschel (Dresden) betont zunächst die Wichtigkeit, die Klinik der Inanition genau zu studieren. Es ist sehr schwer zu sagen, welche Symptome auf Rechnung der Intoxikation und welche auf Kosten des Hungers zu setzen sind. R. hat im speziellen studiert, wie sich die Assimilation der Kohlehydrate im Verlauf des Hungerzustandes verhalte, und er hat gefunden, daß die Inanition an und für sich bereits zu einer Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker führe. Er demonstriert das an einer Reihe von Kurven. Ob die nach einem Hungerzustande zur Ausscheidung gelangende Zuckerart Laktose oder Galaktose sei, ist bei geringen Mengen nicht mit absoluter Sicherheit zu entscheiden. Soviel steht jedoch fest, daß der Säugling sich in bezug auf seinen Kohlehydratstoffwechsel so verhalte wie ein Tier mit Hungerdiabetes. Durch diese Feststellung verliert das Symptom der Zuckerausscheidung für die Diagnose der Intoxikation an Bedeutung. Es gibt keine Indikation dafür ab, die Nahrungszufuhr weiter einzuschränken, da im Gegenteil vermehrte Zufuhr von Nahrung das Symptom zum Schwinden bringen kann. Auch diesen Befund belegt R. mit Kurven. Zum Schluß geht er auf Versuche ein, die beweisen, daß Einatmung von Azeton zur Glykosurie beim Menschen Veranlassung gibt. Er bespricht ganz kurz therapeutische Versuche mit Alkoholzufuhr bei schwerer Intoxikation, die günstig verliefen, zu weitgehenden Schlüssen jedoch vorläufig nicht berechtigen.

Vogt (Breslau) hat Untersuchungen darüber angestellt, die erklären sollten, wie groß die Erhaltungsdiät bei ernährungsgestörten Säuglingen ist. Es ergab sich, daß eine Zufuhr von 40—60 Kalorien wochenlang ertragen werden kann, ohne daß die Chance der schließlichen Reparation ausgeschlossen ist.

Langstein (Berlin) bespricht die Versuche, die an der Heubnerschen Klinik über die Bedeutung des Hungerzustandes angestellt werden. Hungerversuche an wachsenden Tieren zeigten, daß der Tod in verschieden langer Zeit eintritt, daß die Gewichtsabnahme, die durch den Hunger bis zum Tode eingetreten war, $^1/_5$ bis $^1/_3$ des Körpergewichtes betrug. Die Azidose durch den Hungerzustand bei Inanition einerseits, bei akuter Ernährungsstörung andererseits, scheint insofern wesensverschieden, als die mikrochemische Reaktion des Lebergewebes in den untersuchten Fällen ganz verschiedene Ausschläge gab. Es ist schwer, die Gesetze der Azidose bei den Ernährungsstörungen heute schon vollständig zu übersehen. L. weist auf die große Bedeutung der Rietschelschen Versuche hin, betont aber die Notwendigkeit zu untersuchen, ob der nach Milchzufuhr ausgeschiedene Zucker Laktose oder Galaktose sei. Handelt es sich um Galaktose, dann hätten wir eine ganz spezifische Schädigung des intermediären Stoffwechsels durch den Hunger vor uns. Gegenüber der Behauptung Czernys, daß, um Tiere dauernd am Leben zu erhalten, die Zufuhr von drei verschiedenartigen Eiweißkörpern notwendig sei, verweist L. auf Experimente Abderhaldens und seiner Schüler, die ergaben, daß Zufuhr eines einzigen Eiweißkörpers, auch wenn derselbe aufgespalten sei, genüge, um sogar Gewichtsansatz zu erzielen.

Ludwig F. Meyer (Berlin) macht auf gewisse Beziehungen zwischen Kohlehydratmästung und Wasseransatz aufmerksam, die von Zuntz festgestellt worden sind. Danach bindet 1 g im Organismus aufgestapeltes Glykogen 3 g Wasser. Es folgt daraus, daß Kohlehydratfütterung von Glykogenansatz plus Wasserretention gefolgt sein muß.

Finkelstein (Berlin): Der therapeutische Nutzen des Hungers beschränkt sich auf die Behebung von Intoxikation und Gärungen. Darüber hinaus schadet er entweder durch Erzeugung akuter Kollapse oder akute Verringerung des noch vorhandenen Funktionsrestes. Zur Vermeidung des Hungerschadens bei der Behandlung schwer gestörter Kinder ist möglichst bald auf eine Kalorienzufuhr hinzuarbeiten, die den Erhaltungsbedarf wenigstens um ein Minimum übersteigt.

Noeggerath (Berlin) erwähnt Langstein gegenüber seine Versuche mit Falta, an denen es nicht gelang, Ratten mit Fett, Kohlehydraten, Salzen und Eiweiß (teils eine Art, teils Mischung der verschiedensten Arten) dauernd am Leben zu erhalten.

Keller (Berlin): Im Tierversuch zeigt sich, daß Unterernährung bzw. Hunger den Organismus nicht dauernd schädigen. Die Hungertiere sind noch wenige Tage vor dem Tode in einem Zustand, daß sie durch zweckmäßige Ernährung zu schneller Reparation zu bringen sind.

Feer (Heidelberg) sah oft Fälle von chronischen Ernährungsstörungen mit Atrophie, welche am ersten Tage einer Teediät rapid zugrunde gingen, was bei

dünnem Schleim, besonders bei Zusatz von Fleischbrühe, viel weniger eintritt. Die Fälle von chronischer Inanition nach wochenlanger Schleimernährung sind ohne Frauenmilch oft nicht mehr zu retten und reagieren häufig bei Einführung minimaler Mengen von Kuhmilch mit bedrohlichen oder tödlichen Kollapsen.

Vogt (Breslau) wiederholt gegenüber den Einwänden von Finkelstein und Keller seine Definition der Erhaltungsdiät. Er betont, daß für die Reparation nicht die ausreichende Kalorienzufuhr, sondern in erster Linie die funktionelle und anatomische Wiederherstellung entscheidend sein dürfte. Ferner weist er darauf hin, daß die von verschiedenen Herren gemachte Beobachtung, daß Schleimdiät in der Therapie der chronischen Ernährungsstörungen einen großen Unterschied gegenüber reiner Teehungerdiät bedeute, zu näherer Untersuchung auffordert.

Göppert (Kattowitz): Der oberschlesische eitrige Darmkatarrh (epidemisch und ansteckend) wird durch lange Teediät ebenso unreparierbar, wie durch Mehldiät. Nach langer Mehldiät ist Teediät gefährlich. Anstatt der vielleicht kalorienreicheren Nahrung muß eine kleine Menge Frauen- oder Kuhmilch treten. Doch muß eine salzhaltige Nahrung (Brühe und Karlsbader Mühlbrunnen) dazu treten. Das spezifische Hungern bei Kindermehl ist gefährlicher, als die alle wichtigen Stoffe, wenn auch in geringster Menge enthaltende Milchsalzdiät. Die Molke kann die Kuhmilch vollständig in diesem Zustande ersetzen.

Rietschel (Dresden): Die günstige Wirkung der Schleimabkochungen sei darauf zurückzuführen, daß dadurch Wasser angesetzt wird; Hungerversuche an Tieren dürfen nie verglichen werden mit denen an Menschen, denn letztere sind stets vorher durch Ernährungsstörungen geschädigt.

Finkelstein (Berlin) tritt für scharfe Fassung des Begriffes „Erhaltungsbedarf" im Sinne Rubner-Heubner ein.

Keller (Berlin): Es wird zu wenig Wert darauf gelegt, ob es sich um quantitative Unterernährung bei zweckmäßiger Nahrung oder um qualitative Unterernährung bei unzweckmäßiger Nahrung handelt.

Schaps (Berlin): Bei dem Studium der Unterernährung ist es von Bedeutung, wie lange und bei welchem Ernährungsregime die Kinder unterernährt wurden. Bei mehrwöchentlicher Verabreichung von Kohlehydraten sind Kinder zuweilen überhaupt nicht mehr zu retten. S. hat 4 Wochen und länger mit Mehl gepäppelte Kinder gesehen, welche bei der vorsichtigsten Zufuhr von Frauenmilch zum Exitus kamen. Nach Lage der Dinge war lediglich die Frauenmilch für die Katastrophe verantwortlich zu machen.

Heubner (Berlin) bittet um eine schärfere Formulierung der gebrauchten Ausdrücke, speziell des Ausdrucks Ausnützung, da es sich doch nicht um Störungen der Resorption handele. Er bittet auch darum, den Begriff der Erhaltungsdiät im ursprünglichen Sinne beizubehalten und die Bedeutung des Brennmaterials nicht zu sehr zu unterschätzen. Er betont, daß bisher ein Vorzug, der dem Hunger sicherlich zukommt, nicht erwähnt worden sei, das sei das Ausruhen der funktionierenden Apparate. Ganz abgesehen von der Rätselhaftigkeit des intermediären Stoffwechsels müsse die Rolle des Darmepithels bei den geschilderten Störungen genauer untersucht werden. Die Arbeit Fausts über die Schädigung des Darmepithels durch das Botriocephalusgift rege zu Forschungen in dieser Richtung an. H. berichtet schließlich über Fälle rätselhafter Gewichtsstürze bei zweckmäßigster Ernährung und Pflege ohne weitere klinische Erscheinungen, die sich schließlich nur durch das Einschränken der Milch auf ein Minimum und Übergang zu vegetabilischer Diät vermeiden ließen.

Czerny (Berlin) bemerkte im Schlußworte gegenüber Langstein, daß es nicht darauf ankomme, Tiere kurze Zeit durch Zufuhr eines Eiweißkörpers am Leben zu erhalten. Erst Röhmann hat es zuwege gebracht, mit Fütterung von Eiweißkörpern aus dem Ei Tiere durch Generationen am Leben zu erhalten. Heubner gegenüber gibt C. zu, daß der von ihm gewählte Ausdruck „Ausnutzung" zu Mißverständnissen Veranlassung geben könne; von Resorptionsstörungen sei nicht die Rede.

Heubner (Berlin): **Das Elektrokardiogramm beim Säugling und älteren Kinde.** Einleitend betont H. die Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden der Funktionsprüfung des Herzens und den Fortschritt in dieser Richtung durch die Anwendung des Elektrokardiogramms. Die Aufzeichnung desselben bei Säuglingen und älteren Kindern hat zu bemerkenswerten Ergebnissen geführt. Die Ventrikelzacke beim

Säugling sieht anders aus, als beim Erwachsenen. Es entsteht eine Zacke nach unten, die man als Säuglingszacke bezeichnen kann. Im 6.—7. Monat verliert sich die Zacke, und im 11. Monat fängt die Ventrikelzacke zu verschwinden an und bleibt durch das ganze Leben weg. Der Einfluß mangelhaften Gedeihens auf die Zacke ist nicht erkennbar. In einem Falle schwerer Intoxikation war die Ventrikelzacke sehr niedrig. Im späteren Kindesalter findet sich die infantile Zacke bei neuropathischen Kindern.

H. demonstrierte ferner an Kurven den Einfluß wiederholter Infektion auf das Elektrokardiogramm des Säuglings und das Elektrokardiogramm eines Falles, bei dem an eine Degeneration des Hisschen Bündels gedacht wurde.

Czerny (Breslau) fragt an, ob man beim Säugling durch das Elektrokardiogramm das Herz früher als abnorm funktionierend erkennen kann, als dies klinisch möglich ist.

Rietschel (Dresden): Das Bleiben der normalen Zacke und das Fehlen der zweiten Schwankung bei dem schwer intoxiierten Kind läßt sich vielleicht zur Feststellung des Verschwindens des einen Herztones verwerten. Es scheint, daß bei den schweren Toxikosen der erste Herzton bis zum Tode bestehen bleibt.

Heubner (Berlin) meint im Schlußwort, daß es durch das Elektrokardiogramm möglich sein werde, Störungen aufzudecken, die wir klinisch nicht nachweisen können. Er warnt jedoch vor zu weitgehenden Schlüssen, dazu sei das Material nicht groß genug.

Funaro (Berlin) macht erläuternde Bemerkungen zur Technik der Aufnahme des Elektrokardiogramms beim Säugling und zeigt diesbezügliche Apparate.

Finkelstein (Berlin): **Zur Kenntnis des alimentären Fiebers.** F. vertritt den Standpunkt, daß jede Temperatur über 37,3 beim Säugling als pathologisch anzusehen sei. Die Temperaturerhöhung erweist sich dadurch als alimentär, daß es gelingt, sie durch Nahrungsbeschränkung herabzusetzen, als pathologisch, weil gesunde Säuglinge durch Monothermie ausgezeichnet sind. Fieber kann durch Nahrung nur dann entstehen, wenn eine Läsion des Darmes vorliegt. Vorbedingung des alimentären Fiebers ist demnach eine primäre Schädigung der Darmwand, und diese erweist sich klinisch durch das Auftreten dyspeptischer Stühle; mit dem Auftreten normaler Stühle schwindet das Fieber. F. bezeichnet den Zucker als das Fieber erzeugende Agens. Bei leichter Darmstörung erregen nur große Mengen Zuckers Fieber, bei schweren Darmstörungen bereits geringe Mengen. Mit dieser Anschauung scheint im Widerspruch zu stehen, daß es auch durch Fett gelingt, Fieber zu erzeugen. F. macht sich deshalb die Vorstellung, daß das Fett auf indirektem Wege Fieber erzeugt. Fett macht erst dann Fieber, wenn Zuckerschädigung vorhanden ist. Wie hat man sich die Zuckerwirkung vorgestellt? — F. glaubt nicht, daß der Fieber erzeugende Stoff in den Organismus übertritt und dadurch Fieber erzeugt. Die fiebersteigernde Wirkung muß im Zucker selbst liegen. Es könnte sich entweder handeln um Säurebildung, es könnte sich aber auch darum handeln, daß das Zuckerfieber als Salzfieber aufzufassen ist, indem ja der Zucker in physikalischer Beziehung den Salzen nahe steht. F. hat gefunden, daß Bouillonzufuhr hohe Fiebersteigerungen hervorruft, die sich auch durch Zufuhr von der in der Bouillon enthaltenden Asche bewirken lassen. Ebenso gelingt es mit Zufuhr von $2^1/_2$ proz. Lösungen von Wiesbadener Salz Fieber zu erzeugen. Demonstration eindeutiger Kurven.

Temperaturerhöhungen und toxische Wirkungen waren bei enteraler Einverleibung ebenso hoch, wie im Tierversuch bei subkutaner Injektion. F. faßt das alimentäre Fieber demnach als ein Salzfieber auf. Der Darm übt den Salzen gegenüber allerwichtigste Funktionen aus, die nicht nur auf der Veränderung der Konzentration beruhen, sondern sich wohl nur im Loebschen Sinne erklären lassen.

Diskussion: Keller (Berlin) fragt nach der Konzentration der Bouillon.

Weigert (Breslau) bemerkt, daß er bei Soletrinkkuren tuberkulöser Kinder Temperaturerhöhungen nicht wahrgenommen habe.

L. F. Meyer (Berlin) bespricht die klinischen Erscheinungen der Säuglinge mit Salzfieber, insbesondere die hochgradige Blässe, die zur Untersuchung des Blutes der Kinder durch Noeggerath und Frl. Kolff Veranlassung gegeben hat.

Noeggerath (Berlin) hat zunächst die Befunde v. Dungerns über die wechselnde Resistenz der roten Blutkörperchen von Tieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Hammel) und erwachsenen Menschen gegenüber isotonischen Salz-

und Zuckerlösungen bestätigt. Übertragung auf den gesunden, kranken und rekonvaleszenten Säugling lassen bisher keine Gesetzmäßigkeiten erkennen. Doch scheint es, als ob besonders schwer geschädigte Kinder — vielleicht namentlich solche, deren Darm nach Finkelstein überhaupt wenig resistent ist, in der geringen Widerstandsfähigkeit ihrer Blutkörperchen die verminderte Resistenz dokumentieren.

Langstein (Berlin) weist auf die Widersprüche hin, die einerseits die Diskussion nach dem Inanitionsthema, andererseits die jetzige Diskussion gezeitigt hat. Um diese Widersprüche aufzuklären, sei die genaue Kenntnis der Schädigung der den Versuchen unterworfenen Säuglinge notwendig; da dies klinisch schwierig sei, sind wir auf eine funktionelle Diagnostik der Grade der Ernährungsstörungen angewiesen. Die funktionelle Prüfung des Darmepithels gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Zukunft, wie dies auch Heubner schon betont hat. L. schlägt vor, die Salze dazu zu benützen.

Feer (Heidelberg) bespricht seine Erfahrungen über das alimentäre Fieber und läßt die Frage offen, ob es nicht durch die größere Verdauungsarbeit zu erklären sei.

Peiser (Breslau) bespricht von ihm angestellte Versuche, in denen es gelang, bei Tieren vom Darm aus durch Salzzufuhr Leukozytose hervorzurufen.

Orgler (Berlin) meint, daß die Versuche Finkelsteins die Austauschversuche von L. F. Meyer beleuchten.

L. F. Meyer (Berlin) bespricht auf Grund des Mitgeteilten die Erklärung des sogenannten Buttermilchfiebers.

Finkelstein (Berlin) ist nicht damit einverstanden, das Fieber auf vermehrte Verdauungsarbeit zu beziehen, sondern glaubt, daß es nur auf toxischem Wege zu erklären sei. Die Konzentration der Nahrung ist von der größten Bedeutung.

Peiser (Breslau): **Über Lungenerkrankungen im Säuglingsalter mit Demonstrationen.** Untersuchungen von Lungen nach der Methode Gregors haben gezeigt, daß reine Atelektase nur selten vorkommt. In der Regel handelt es sich um Kombinationen mit Hypostase und deren Folgeerscheinungen. Die hypostatische Pneumonie trennt sich von der Bronchopneumonie topographisch scharf ab. Beide können in ein chronisches Stadium übergehen. Ob die sogenannte weiße Pneumonie des hereditär luetischen Kindes in spezifischer Form existiert, erscheint zweifelhaft. Die eigentliche chronische Pneumonie im Säuglingsalter charakterisiert sich histologisch durch besonders derbe Infiltration und durch Wucherung der Alveolarepithelien, sowie des interlobulären Bindegewebes. Chronische Pneumonie wird nicht selten hervorgerufen durch angeborene Bronchiektasie. Diese findet sich häufiger, als bisher vermutet wurde. Projektionen.

In der Diskussion fragt Heubner, ob die Bronchiektasie angeboren gewesen sei, oder ob nicht etwa Pertussis vorausgegangen wäre. Er bezweifelt die Deutung der Entstehung der Bronchiektasien, die Peiser gegeben hat.

Peiser begründet im Schlußwort seine Auffassung von dem Angeborensein der Bronchialektasien.

L. F. Meyer (Berlin): **Salzstoffwechsel beim normalen und ekzematösen Säugling.** Unterernährung scheint bei dem ekzematösen Kinde eine beträchtlichere Salzausschwemmung hervorzurufen, als beim normalen. Organische Nährstoffe (Kasein und Fett) bewirken bei beiden, anscheinend bei ekzematösen etwas reichlichere Ausfuhr von Salzen (Kalium, Natrium, Kalzium). Dafür fällt indes die Ausscheidung dieser Salze im Urin, und zwar noch intensiver, als es dem Steigen im Kot entspricht. So kommt es im ganzen bei Fettzulage im Gegensatz zum schwer ernährungsgestörten Kind zu besserer Retention dieser Aschenbestandteile. Es scheint also, als ob der Ekzematöse über ein reichlicheres Salzdepot verfügt; die Anreicherung der Nahrung in bezug auf die organischen Nährstoffe bewirkt einerseits eine größere Salzabscheidung in den Darm, andererseits durch die Zufuhr der organischen Nährstoffe eine Bindung von Salz im Organismus zum Aufbau der neuen Zelle. So stehen dem Organismus bei salzarmer und nährstoffreicher Ernährung nur sehr geringe Mengen freier Salze zur Verfügung. Weitere Versuche sind in dieser Richtung anzustellen.

Diskussion: Feer (Heidelberg) bespricht die Erfolge, die er bei der Ekzembehandlung nach Finkelstein gehabt hat. Dieselben waren meist negativ. Mehr Glück hatte er bei Vermeidung des Fettes, speziell mit Molkenernährung.

Finkelstein (Berlin) bespricht die Geschichte seiner Ekzemtherapie, widerspricht Feer, er hatte unter 10 Fällen keinen Mißerfolg.

Klotz (Magdeburg) hat 12 Fälle nach Finkelstein mit Erfolg behandelt. Sein 13. Fall war ein Mißerfolg.

Rietschel (Dresden) fragt nach der lokalen Therapie in diesen Fällen und nach der Beobachtung von Schädigungen.

Keller (Berlin) meint, daß die ekzematösen Kinder besonders schwer auf Gewichtsabnahme reagieren.

Langstein (Berlin) erwähnt eine Reihe von ihm beobachteter Heilungen. In einem Falle versagte die Therapie. Es kam zu schwerer Gewichtsabnahme. Nahrungsverweigerung. Der verzweifelte Fall erholte sich nach innerlicher Zufuhr größerer Mengen von Salzen. L. warnt, die Kur zu lange fortzuführen und sie bei ganz jungen Säuglingen anzuwenden.

Finkelstein (Berlin) warnt vor zu starker Gewichtsabnahme. Seine Fälle sind ohne nennenswerten Gewichtsverlust geheilt.

Czerny (Breslau) hat mit der Ekzemtherapie nach Finkelstein bisher kein Glück gehabt. Er meint, daß dort, wo in der Therapie so krasse Widersprüche zutage treten, schnelle Schlüsse vermieden werden müßten und fordert Finkelstein zur ausführlichen Publikation seiner Fälle auf. Ein wichtiger Faktor bei der Ekzembehandlung sei wohl nicht nur in der Verminderung der Salze, sondern auch in der Neuropathie der Säuglinge gelegen.

Erich Müller (Berlin): **Beitrag zur Frage der Nutzstoffe in der Frauenmilch.** M. hat eine Frühgeburt 22 Tage lang im Austauschversuch nach L. F. Meyer mit gekochter Frauenmilchmolke ernährt und sehr gutes Gedeihen beobachtet. Er verwertet diesen Fall gegen die Bedeutung der Nutzstoffe bei der Ernährung.

In der Diskussion berichten Rosenstern (Berlin) und Rietschel (Dresden) über im gleichen Sinne zu verwertende Untersuchungen.

Birk (Breslau): **Therapeutische Versuche mit Denysschem Tuberkulin.** Der Vortr. berichtet über Versuche, Drüsen- und Knochentuberkulose beim Kinde mit Tuberkulin zu behandeln. Bei der geringen Befriedigung, die die gegenwärtige Therapie der chronischen Tuberkulose im Kindesalter bietet, sind solche Versuche wohl begründet, besonders, da die Denyssche Modifikation die Schädlichkeiten, die der alten Tuberkulinbehandlung anhaften, erheblich herabsetzt bzw. ganz ausschaltet. Der Erfolg läßt sich schwer beurteilen. Bei einem der Kinder, das der Vortr. demonstrierte, gelang es aber, die seit 10 Jahren bestehenden tuberkulösen Fisteln zum Verschluß zu bringen, ein Effekt, der allerdings erst durch eine ein ganzes Jahr dauernde Behandlung erreicht wurde.

In der Diskussion befürwortet Heubner aufs lebhafteste die Tuberkulintherapie der kindlichen Tuberkulose bzw. Skrofulose in seinem Sinne.

Steinitz (Breslau): **Über kohlehydratspaltende Fermente im Urin des Säuglings.** St. untersuchte auf Diastase und Maltase. Schon ganz junge Kinder hatten diese Enzyme im Urin, jedoch nicht regelmäßig; bei akuten Ernährungsstörungen fand St. erheblich höhere Fermentmengen, doch bestand kein Zusammenhang zwischen Schwere der Erkrankung und Fermentgehalt. Wo viel Diastase war, war auch viel Maltase. Die Deutung der Versuchsergebnisse ist nicht leicht. St. tritt in Erwägungen ein, ob nicht eine abnorme Durchlässigkeit der Darmwend, eine Ausschwemmnng durch Glyzerin schuld ist. Mit Rücksicht darauf, daß andere im Darm vorkommende kohlehydratspaltende Fermente, wie Laktase, im Urin nicht nachweisbar waren, hält St. es für möglich, daß die Diastase der Leber entstammt.

Benfey (Berlin): **Über Enzyme im Säuglingsurin.** B. untersuchte mittels einer neuen quantitativen Methode den Urin von Säuglingen auf die Anwesenheit von Pepsin und Trypsin. Pepsin ließ sich regelmäßig, oft sogar in erheblichen Quantitäten, nachweisen. Trypsin war nicht immer vorhanden, jedoch in einigen Fällen deutlich nachweisbar. Die Untersuchungen werden an ernährungsgestörten Säuglingen fortgesetzt.

Langstein (Berlin): **Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals bei exsudativer Diathese.** Seit 2 Jahren wird in allen Fällen, in denen es zu eitrigen Stuhlentleerungen kommt, auf der Berliner Säuglingsstation die genaue bakteriologische Untersuchung der Stühle durch Friedemann vorgenommen. In einem nicht geringen Prozentsatz der Fälle ließen sich pathogene Keime nicht nachweisen. Genaue klinische Beobachtung dieser Säuglinge ergab die Häufigkeit exsudativ-

diathetischer Erscheinungen. L. ist daher geneigt, in der exsudativen Diathese eine besondere Disposition zum Auftreten von Darmerscheinungen zu sehen, die in den leichteren Fällen zur Entleerung schleimiger, in den schweren selbst eitriger Stühle führen.

Czerny hat in seiner ersten Mitteilung über exsudative Diathese die Lingua geographica als deren einziges Symptom seitens des Magendarmkanales bezeichnet, späterhin allerdings auch die Hyperplasie der Darmfollikel erwähnt. Vielleicht liegt in der Hyperplasie des lymphatischen Darmapparates der Grund, daß exsudativ-diathetische Säuglinge in abnormer Weise auf Schädlichkeiten reagieren, die bei gesunden Kindern keine Wirkung hervorbringen. In zwei Fällen eitriger Entleerungen ohne bakteriologischen Befund sah L. hochgradige Eosinophilie. Er verweist auf das von Neubauer und Stäubli beschriebene Krankheitsbild eosinophiler Darmerkrankung bei anfälligen Individuen.

In der Diskussion bringt Sehlbach (Breslau) eine Statistik aus der Breslauer Klinik, auf Grund deren Kinder mit exsudativer Diathese nicht mehr zu eitrigen Stühlen disponieren, als gesunde Individuen.

Göppert (Kattowitz) meint auf Grund seiner Erfahrungen, daß manche eitrige Darmerkrankungen bei Brustkindern auf exsudative Diathese zu beziehen sind. Sie gehen mit geringen Allgemeinerscheinungen einher.

Riesel (Leipzig) betont die Seltenheit der Eosinophilie der eitrigen Stühle bei Säuglingen.

Czerny (Breslau) glaubt, daß sich die Darmschleimhaut sehr wohl an den Erscheinungen der exsudativen Diathese beteiligen könne, vielleicht manchmal sogar in sehr schwerer Form.

Langstein betont im Schlußwort, daß sich die Darmerscheinungen bei exsudativer Diathese im allgemeinen durch geringe Allgemeinerscheinungen auszeichnen, im Gegensatz zur infektiösen Enteritis. (Schluß folgt.)

IV. Neue Bücher.

Dr. Felix v. Oefele. **Technik der chemischen Untersuchung des menschliches Kotes.** Verlag von Joh. Ambr. Barth. 112 Seiten. 2,60 Mk.

Das Büchlein verdient auch die Beachtung des Kinderarztes um so mehr als die Technik der chemischen Untersuchung des Kinderkotes und Säuglingskotes, obwohl in ihren Resultaten verschieden, keine andere ist. Nachdem in den ersten Abschnitten einige vorgängige — physikalische — Untersuchungen angegeben sind, gibt es die wesentlichsten, bisher geübten Methoden der chemischen Untersuchung des Kotes an und macht dabei auf die Vorteile, die Fehler usw. der einzelnen Methoden aufmerksam. Dabei verzichtet Verf. berechtigterweise darauf, mehr als allgemein orientierende Resultate der chemischen Analyse anzugeben, oder eingehende Schlüsse auf den Zustand der Verdauungsorgane zu ziehen.

Auf welchem Standpunkt man also auch gegenüber dem Werte der Fäzesuntersuchung stehen mag, jeden, Anhänger oder Gegner, wird das Büchlein in seiner Kürze und guten Anordnung schnell über die Technik der chemischen Untersuchung des Kotes orientieren, zumal wenn er von einer Kritik der Bewertung der einzelnen Methoden absieht.

Für eine Neuauflage dürfte sich aber eine reichlichere, genauere Literaturangabe empfehlen. Selter (Solingen).

H. Albert. **Medizinisches Literatur- und Schriftstellervademekum 1907/08.** Hamburg 1908. Franke & Scheibe.

Das Vademekum enthält eine sehr stattliche Anzahl von Autoren aus aller Herren Länder, kurze biographische Angaben und Aufzählung der hauptsächlichsten Schriften und Artikel dieser medizinischen Schriftsteller, so daß es als Nachschlagebuch für Interessenten recht willkommen ist und sicher gute Dienste leisten wird. Noch besser wäre es freilich gewesen, hätte der Verf. nicht nur den ihm gelieferten Stoff benutzt, sondern selbst sich der Mühe unterzogen, durch Nachschlagen von Katalogen, Nachfragen bei großen Verlägen usw. möglichst viel Lücken auszufüllen. Durch Nachlässigkeit, Zufälle und dgl. wurde mancher Autor verhindert, selbst sich zu nennen, nicht wenige verhalten sich auch prinzipiell solchen Anfragen gegenüber ablehnend. Unterzeichneter fehlt in dem

Vademekum, trotzdem der Herausgeber dies „Zentralblatt“ selbst als Quellenwerk aufzählt und noch einmal unter „Zeitschriften“ nennt; hätte er hier z. B. beim Verlage angefragt, so wäre es nicht schwer gewesen zu erfahren, daß der Redakteur in den letzten 20 Jahren schon eine ganze Reihe größerer Werke herausgegeben hat, die sich einer großen Verbreitung erfreuen. Auch Prof. J. Schwalbe, den Redakteur der „Deutschen med. Wochenschrift“ und des „Reichs-Medizinal-Kalenders“, den Verf. sehr bekannter medizinischer Bücher vermisse ich, und manchen anderen auch. Der Verf. wird sich bei der nächsten Auflage bemühen müssen, auf möglichste Vollständigkeit zu sehen! Grätzer.

Außerdem sind bei der Redaktion eingelaufen (Besprechung vorbehalten):

A. Tobeitz, Differentialdiagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme (F. Enke, Stuttgart). — Transactions of the American Pediatric Society (Treat & Co., New York). — M. Pescatore, Pflege und Ernährung des Säuglings. 2. Aufl. (J. Springer, Berlin). — Jahresbericht, 45., aus dem Kinderspital Basel. — H. Lungwitz, Stoffwechselversuche über den Eiweißbedarf des Kindes (C. Marhold, Halle). — Péhu, L'Alimentation des Enfants malades (J. B. Baillière & Fils, Paris).

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Alexander, J., Die Methoden der Messung der geistigen Ermüdung der Schulkinder (Breslau). — **Bastin, F. K.**, Über die Verstopfung des Ösophagus durch ein Blutgerinnsel bei Melaena neonatorum (München). — **Dannenborg, J.**, Über hereditäre, multiple, kartilaginäre Plaut-Vincentsche Angina (Greifswald). — **Grieben, Th.**, Die Sehnervenveränderungen durch Turmschädel (Rostock). — **Helbing, Th.**, Über fötale Peritonitis (Freiburg). — **Habermann, V.**, Zur Differentialdiagnose der Poliomyelitis anterior acuta (Berlin). — **Jüsgen, H.**, Über den Einfluß des Frühaufstehens der Wöchnerinnen auf die Milchsekretion (Freiburg). — **Keller, R.**, Zur Kenntnis der kongenitalen Hautdefekte am Kopfe des Neugeborenen (Staßburg). — **Lungwitz, H.**, Stoffwechselversuche über den Eiweißbedarf des Kindes (Halle). — **Minski, L.**, Zur Frage der Tuberkuloseheilung im frühen Kindesalter (Freiburg). — **Nekritsch, F.**, Zur Behandlung des Nabelschnurvorfalles (Berlin). — **Rafilsohn, E.**, Coxa vara congenita (Freiburg). — **Richter, H.**, Ein Beitrag zur Kasuistik der hereditären multiplen Exostosen (Gießen). — **Röscher, E.**, Beitrag zur Pflege und Ernährung frühgeborener Kinder (Bonn). — **Schmidt, H.**, Zur Prognose und Symptomatologie der Kinderhysterie (Tübingen). — **Schneider, E.**, Ein Fall von außergewöhnlicher Größe eines kindlichen Wasserkopfes (Freiburg). — **Spier, J.**, Beobachtungen über Masern im Jahre 1890—1905 an der I. medizin. Abteilung des Krankenhauses l. d. J. (München). — **Tölken, R.**, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Chorea minor (Heidelberg). — **Weise, F.**, Über die Osteomyelitis des Oberkiefers besonders im frühen Kindesalter (Rostock).

V. Monats-Chronik.

Berlin. **Auszug aus dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten.** VI. Desinfektionswesen. Erlaß vom 25. April 1908, betreffend das Autan als Desinfektionsmittel. M. 6149.

Die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld haben unter der Bezeichnung Autan ein pulverförmiges Desinfektionsmittel in den Handel gebracht, welches beim Verrühren in Wasser eine lebhafte Entwicklung von Formaldehyd und Wasserdampf einleitet und deshalb zur Wohnungs-(Schluß-) desinfektion empfohlen wird.

Nach den vorliegenden zahlreichen Untersuchungen, welche teilweise von mir veranlaßt worden sind — Klinisches Jahrbuch XVIII. Band 1. Heft — zeichnet sich das Verfahren durch Einfachheit, Feuersicherheit und — bei vorschriftsmäßiger Ausführung — auch durch Zuverlässigkeit aus. Sein Nachteil besteht in seiner gegenüber anderen Formaldehyddesinfektionsverfahren größeren Kostspieligkeit.

Da das Verfahren sich anscheinend einzubürgern beginnt, so bemerke ich zur Behebung von Zweifeln:

1. Die Anwendung des Autanverfahrens zur Desinfektion ist nach dem Erlaß vom 6. Juni 1907 — M. 12026 — Min.-Bl. f. Med.- usw. Angel. S. 228 — zulässig;

2. Das Autanverfahren kann wie jede andere Formaldehyddesinfektion in wirksamer Weise nur von geschulten Desinfektoren ausgeführt werden;

3. Räume, welche mit Autan desinfiziert werden sollen, müssen zuvor in derselben Weise vorbereitet, insbesondere gedichtet werden, wie dies bei anderen Formaldehyddesinfektionsverfahren vorgeschrieben ist;

4. Das Autanverfahren wird außer bei der Wohnungs-(Schluß-)desinfektion namentlich bei der Desinfektion von Spielsachen, Büchern (auch Akten, Bilderbogen u. dgl.), Kleidungsstücken, Federbetten, wollenen Decken, Matratzen, Bettvorlegern, Gardinen, Teppichen, Tischdecken u. dgl., Pelzwerk, Haar-, Nagel- und Kleiderbürsten, Krankenwagen und anderen Personenfahrzeugen (Droschken, Straßen- und Eisenbahnwagen usw.) in Frage kommen können. Zur Anwendung bei der Wohnungsdesinfektion eignet er sich anscheinend besonders in ländlichen Verhältnissen.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, hiernach die Kreisärzte, die Vorsteher der Desinfektionsanstalten und die Desinfektoren Ihres Bezirkes gefälligst mit Weisung versehen zu lassen.

Berlin, den 25. April 1908.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten.

— Herr Werner Edler v. Hessenthal-Hesse, Zeremonienmeister S. M. des Königs, beabsichtigt, dem Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause 10000 Mk. zur Errichtung einer **Freibettstiftung** zu überweisen.

— Dr. J. Peiser, bisher Assistent an der Universitäts-Kinderklinik in Breslau, ist zum Oberarzt an der Säuglingsklinik des Vereins Säuglingskrankenhaus gewählt.

Mannheim. Der Präsident der Handelskammer, Geheimer Kommerzienrat Lenel, stiftete 100000 Mk. zur Erbauung eines **Erholungsheims** im Schwarzwald oder Odenwald für Mannheimer Kinder.

Straßburg i. E. Am 6. und 7. Juli fand die dritte **Deutsche Berufsvormündertagung** statt. Verhandlungsgegenstände: die Verbesserung der Lage der unehelichen Kinder und die Jugendgerichte. Im Anschluß an die Tagung wurde der **Deutsche Fürsorgeerziehungstag** abgehalten. Auskunft durch die Zentrale für private Fürsorge, Frankfurt a. M., Börsenstraße 20.

Wien. Eine **Walderholungsstätte für Säuglinge**, nach dem Muster der in Pankow-Schönholz, Charlottenburg und Dresden bestehenden, soll errichtet werden. Die Gesellschaft vom Roten Kreuz hat eine Baracke für zwölf Kinder hergeliehen. Das Gelände stellt Fürst Schwarzenberg zur Verfügung, der auch die Säuglingsmilch aus seinem Molkereibetriebe kostenlos hergibt. Die Verpflegungskosten konnten dadurch auf nur 40 Heller bemessen werden.

München. Die Kammer der Abgeordneten hat auf Antrag der K. Staatsregierung der **Zentralanstalt für Erziehung und Bildung krüppelhafter Kinder zu München** einen Staatszuschuß von jährlich 40000 Mk. zur Verzinsung und Tilgung eines für den Anstaltsneubau aufzunehmenden Anlehens bis zur vollständigen Tilgung dieser Schuld gewährt, ferner den Beitrag an die Zentralanstalt für die Finanzperiode 1908/09 um 30000 Mk., auf 56062 Mk. erhöht und die Staatsregierung ermächtigt, von der jährlichen Zuschußsumme, insoweit diese für Verzinsung und Tilgung der Bauschuld nicht benötigt wird, einen Beitrag bis zu jährlich 10000 Mk. für vorläufige Vorkehrungen zu einer verbesserten und vermehrten Fürsorge für die Heilung armer krüppelhafter Kinder zu verwenden. Dieser Beschluß ist, wie Abg. Dr. Heim ausführte, der erste Schritt auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge: die Krüppelheilung; als weitere Etappen müssen noch folgen die Krüppelerziehung und die Fürsorge für solche Krüppel, die nicht geheilt werden können. Einer Anregung Dr. Heims, das orthopädische Turnen in der Zentral-Turnlehrerbildungsanstalt als Fach aufzunehmen, versprach der Minister näherzutreten.

Dorpat. Dr. V. P. Schukowsky habilitierte sich als Privatdozent für Pädiatrie.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Oktober 1908. Nr. 10.

I. Originalbeiträge.

Gesetzlicher Ammenschutz!

Eine kinderärztliche Forderung.

Von

Dr. **W. Hammer** (Berlin-Rixdorf).

Während im griechischen Altertume die Amme sich zuweilen lebenslänglicher Verehrung und Wertschätzung erfreute (vgl. Homers Odyssee), ist heute die Benutzung einer Amme vielfach herabgesunken zu jener traurigen Geschäftsführung, wie sie zwischen Freudenmädchen und Freier häufig hervortritt. Man bedient sich der Amme, aber man achtet sie nicht.

Aus der weitverbreiteten Nichtachtung derjenigen Mädchen, deren man sich bedient, heraus ist es auch erklärlich, daß selbst syphilitische Kinder zuweilen ärztlich untersuchte und gesund befundene Ammen erhalten. Neben einer rauhen und unbarmherzigen Sittlichkeitsauffassung mag vielfach auch gesteigerte Angst um das Wohl des Kindes, in seltenen Fällen Unwissenheit eines oder beider Ehegatten mitsprechen. Tatsache ist jedenfalls, daß Ammen vielfach der Ansteckungsgefahr ausgesetzt werden. Ich habe an anderer Stelle[1]) durch aktenmäßige Veröffentlichung gezeigt, daß eine einzige Oberstgattin vier Ammen, die alle vier ärztlich untersucht und gesund befunden waren, mit vollem Bewußtsein der Ansteckungsgefahr aussetzte und dabei nichts weiter erreichte, als eine verunglückte Nachkommenschaft.

Die Dame sagte aus, wie folgt: „Das älteste Kind, das erste, hatte lauter Beulen, syphilitische Beulen. Während der Zeit wurde dann das Kind mit 13 Monaten an Masern krank und starb.

Das zweite Kind war fürchterlich skrofulös, hatte in der Nase Geschwüre, wiederholt Typhus und mußte wegen Leichtsinns und Schuldenmachens nach Amerika reisen.

Das dritte Kind, meine Tochter, hatte Ohrenleiden, Skrofeln und Unterleibsleiden, ist Mutter dreier Kinder, die alle drei ohrenleidend sind.

---

[1]) Blaschkos Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1908. S. 151 u. ff.

Das vierte Kind wurde von einer Amme gestillt, weil mein Mann hypochondrisch und ich zu schwach war, 13 Monate lang."

Dieses vierte Kind, ein Sohn, wurde durch Besuch dreier Schulen und durch Hauslehrerhilfe zu später Reifeprüfung gepreßt, ist seit etwa 10 Jahren Student, ohne eine Prüfung bestanden zu haben, leidet an Sinnestäuschungen, in denen Prügelvorstellungen und gleichgeschlechtliche Unzucht eine Hauptrolle spielen, hat niemals sich selbst ernährt, wohl aber wiederholt in Gegenwart des Dienstmädchens die Mutter geschimpft und geohrfeigt. Jetzt befindet sich dieser Sohn in irrenärztlicher Pflege.

Die Mutter gab wörtlich an und unterschrieb[1]) bei der Aufnahme dieses Sohnes in eine geschlossene Nervenheilanstalt:

„Die Kinder haben **alle** Ammen gehabt. Die Ammen, ja die sind untersucht worden, selbstverständlich, sonst bekommt man keine.

Mein Mann selber hat mir gesagt, daß das (bei dem ersten Kinde) sekundäre Syphilis war. Das hab ich doch mit erlebt.[2]) Die Amme? Ich habe die Person (!) nie mehr gesehen. Ich glaube (!), das Kind (der Amme) war gleich gestorben."

Solch eine Schilderung spricht deutlicher als lange wissenschaftliche Ausführungen.

Daß die Eltern und das Kind, dessen Ammenstillung in Erwägung gezogen wird, gründlich auf Lustseuche und andere ansteckende Leiden zu untersuchen sind, dürfte wohl einem ärztlichen Widerspruche nicht begegnen. Daß der Privatarzt als Arbeitnehmer nicht hinreichend unabhängig ist, um in allen Fällen der beste Sachverständige zu sein, wird durch die Tatsache bewiesen, daß tatsächlich gesunde Ammen zur Stillung lustverseuchter Kinder verwandt werden. Hat doch der Haus- oder Kinderarzt stets mit der Gefahr zu rechnen, durch einen Amtsbruder von anderer wissenschaftlicher Richtung oder anderer Gewissensweite ersetzt zu werden. Die Bitte „Führe uns nicht in Versuchung" enthält einen sehr beherzigenswerten Gedanken. Wer der Versuchung ausweicht, weicht auch sicherer dem sittlichen Falle aus. Ich halte es daher für angebracht, daß ein von den Eltern unabhängiger Arzt, ein Arzt, der nicht zugleich Privattätigkeit ausübt, zur Beschützung der Ammen tätig ist, ein vollbesoldeter Polizei- oder Kreisarzt.

Die Ammengesetzgebung ist Sache der einzelnen Bundesstaaten, bis jetzt nicht Sache des Reichs. In Hamburg bietet das Gesetz vom Jahre 1824 den geeigneten Anknüpfungspunkt, das bisher nur die Amme bestraft, die ohne Zeugnis des Hamburger Ammenarztes ihre Dienste leistet. Eine Erweiterung dieses Gesetzes auf die Herrschaft ist meines Erachtens dringend erwünscht.

In Preußen gibt das Gesetz über die Aufgaben der Polizei die Handhabe, zunächst in denjenigen Kreisen, die Polizeiärztinnen

---

[1]) Ich lasse die Angaben der Verwandten Geisteskranker unterschreiben.

[2]) Hier schildert sie mündlich die zahlreichen Badekuren des syphilitischen Ehegatten.

haben, eine Zwangsuntersuchung der Ammenherrschaft, die ja stets krank ist, körperlich krank, falls die Mutter nicht stillen kann, geistig gestört, falls sie trotz körperlicher Fähigkeit nicht stillen will, einzuführen.

Von den Kinderärzten würde durch eine solche Maßregel der Druck genommen, der jetzt auf ihnen lastet, wenn die Herrschaft mit kindischer oder geheuchelter Verstellung eine eingehende Untersuchung der **stets** Kranken für nicht erforderlich hält.

Mag man selbst eine Bestrafung unzüchtiger oder außerehelich verkehrender Mädchen für nützlich halten, der syphilitische Speichel im Keime vergifteter Säuglinge ist nicht geeignet, als Zuchtrute für gesunde Mütter benutzt zu werden.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

E. Feer, Der Einfluß der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 66. Heft 2.) Eigenartige oder schädliche Folgen, beruhend auf der Blutsverwandtschaft der Eltern an sich, sind nicht erwiesen. Die Eigenschaften und Krankheiten der Nachkommen blutsverwandter Eltern erklären sich aus den auch sonst gültigen Tatsachen der Vererbung.

Einige seltene Krankheitsanlagen, sicher diejenigen zu Retinitis pigmentosa und zu angeborener Taubstummheit, erlangen mehr wie andere eine gesteigerte Vererbungsintensität, wenn sie sich bei beiden Teilen eines Elternpaares vorfinden. Da nun die Wahrscheinlichkeit, daß die betreffenden Anlagen bei beiden Eltern vorhanden sind, a priori in Verwandtenehen größer ist als in Nichtverwandtenehen, so begünstigt diese besondere Tendenz der Retinitis pigmentosa und der angeborenen Taubstummheit zu zweigeschlechtiger Entstehung das Auftreten dieser Krankheit bei den Kindern blutsverwandter Eltern.

Hecker (München).

E. Oberwarth, Zur Kenntnis der Hutchinsonschen Zähne. Ein Beitrag zur Klinik der Heredosyphilis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 66. Heft 2.) Von sämtlichen 27 Kindern, bei denen Hutchinsonsche Zähne beobachtet wurden, litten 24 sicher, drei sehr wahrscheinlich an hereditärer Syphilis. Das Verhältnis zu den anderen Zeichen erhellt aus folgender Häufigkeitsskala.

Bei 61 heredosyphilitischen Kindern über 7 Jahre fanden sich:

Keratitis parenchymatosa	27 mal	44 %
Hutchinsonsche Zähne	20 „	33 „
Periostitis tibiarum	13 „	21 „
Chorioiditis specifica	12 „	20 „
Gonitis chronica	8 „	13 „
Radiäre Lippennarben	8 „	13 „
Zentrale Taubheit	4 „	6,5 „
Taubstummheit	1 „	1,6 „
Hutchinsonsche Trias . . . . (Keratitis, Zähne, Taubheit)	2 „	3,3 „

Trias, Gonitis	1 mal	1,6 %
Zähne, Keratitis, Gonitis	4 „	6,5 „
Zähne, Keratitis	14 „	23 „
Zähne, Gonitis	5 „	8 „

Also bei einem Drittel aller Fälle der in Betracht kommenden Altersklasse und als zweithäufigstes Symptom wurden die Hutchinsonschen Zähne beobachtet. Demnach ist diese Zahnmißbildung als eines der wichtigsten und zuverlässigsten Dokumente der hereditären Syphilis anzusehen.

Hecker (München).

Walter Birk, Über den Magnesiumumsatz des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilk. 66. Bd. 3. Heft.) Der Bedarf des Säuglings an Magnesium wird hauptsächlich aus der Milch gedeckt, deren Gehalt verschieden ist, je nachdem es sich um Frauen- oder Tiermilch handelt.

In der Milch ist es enthalten teils als Dimagnesiumphosphat (0,336 g 3,71 %), teils als Magnesiumcitrat (0,367 g 4,05 %).

Die Frauenmilch hat den niedrigsten Gehalt an Magnesium: 0,064 % (Bunge) und 0,053 % (Camerer und Söldner). Etwas höher ist der Magnesiumgehalt der Ziegenmilch: 0,154 %, am höchsten der der Kuhmilch: 0,21 % (Bunge) und 0,20 % (Söldner). Doch unterliegt der Magnesiumgehalt der Kuhmilch ziemlichen Schwankungen. Die Schwankungen sind abhängig teils von der Tageszeit, teils von der Jahreszeit, von der Dauer der Laktation usw.

Wichtiger ist der Unterschied zwischen dem Magnesiumgehalt der Frauenmilch und der Kuhmilch. Der natürlich ernährte Säugling bekommt in der Frauenmilch nur $^1/_2$ mal soviel Magnesium, als in der gleichen Menge Kuhmilch enthalten ist.

Eine weitere Quelle der Magnesiumzufuhr bilden für den künstlich genährten Säugling die Milchverdünnungen, sei es, daß dieselben einfach durch Zusetzen von Wasser erzielt werden oder durch Beigabe von gewöhnlichem Mehl oder einem der üblichen „Kindermehle“ hergestellt werden. Die letzteren sind im allgemeinen ziemlich reich an Salzen. So enthält z. B. Nestlé 0,01 %, Kufeke 0,101 %.

Das Angebot von Mineralien, also auch von Magnesium, ist in den meisten Fällen für den künstlich genährten Säugling ein besseres als für das Brustkind. Eine genügende Zufuhr braucht aber noch lange nicht eine dementsprechende Resorption und Retention zu gewährleisten, sondern sicherlich ist auch die Form, in der die Salze angeboten werden, von großer Bedeutung.

Die Resorption des Magnesiums erfolgt, wie man nach Analogie der anderen Erdalkalien wohl annehmen darf, im Dünndarm. Der eine Teil des Aufgenommenen wird — im günstigsten Falle — retiniert, ein zweiter Teil gelangt wahrscheinlich nach einer Beteiligung am intermediären Stoffwechsel wieder mit den Darmsekreten in den Dickdarm und wird mit dem Kot ausgeschieden. Wenigstens lassen die Versuchsergebnisse beim Erwachsenen und beim Tiere darauf schließen, daß ein solcher intermediärer Stoffwechsel stattfindet. Denn bei beiden hat man im Hungerkot Magnesium nachweisen können, dessen Herkunft man nicht anders als auf die Darmsekrete zurück-

führen kann. Dies auch auf den Säugling zu übertragen, liegt kein Hinderungsgrund vor, obgleich bei ihm die Ausscheidungsverhältnisse insofern etwas verschieden von denen des Erwachsenen sind, als bei diesem die Hauptmenge des Magnesiums durch die Nieren ausgeschieden wird, während im Gegensatz dazu beim Säugling die Hauptausscheidung durch den Darm erfolgt, insbesondere beim künstlich genährten, weniger beim Brustkind. Das im Körper Zurückgehaltene findet sich in den Geweben meist als $Mg_3(PO_4)_2$. Es kommt hauptsächlich in den Knochen, daneben aber auch noch in den Muskeln, Drüsen, dem Blute usw. vor. Eine Abhängigkeit des Gehaltes dieser Organe von der Zufuhr konnte Goitein beim Tier konstatieren, wo es ihm gelang, durch entsprechende Nahrung den Magnesiumgehalt der Knochen und der Muskeln, nicht aber der anderen Organe zu steigern. Bei Stoffwechselversuchen am Tier (Gottstein) ging die Magnesiumbilanz entgegengesetzt der des Kalkes und gleich der des Stickstoffs und der Phosphorsäure. Beim Erwachsenen scheint die Magnesiumabgabe parallel der Zufuhr zu gehen, mit ihr zu wachsen und zu fallen. Anders ist es beim Säugling. Hier spielen auch die anderen Nahrungskomponenten, vor allem die organischen, eine Rolle.

Eine gute Retention von Magnesium findet statt bei Magermilch, also bei fettarmer Ernährung. Zugabe von Kohlehydraten wirkt verschlechternd, sowohl wenn diese zur entfetteten, als wenn sie zur nicht entfetteten Milch zugesetzt werden. Dahingestellt muß bleiben, ob in den Versuchen der letzten Art nur die Kohlehydrate schuld sind oder ob auch das Fett der Milch mit daran beteiligt ist.

Hecker (München).

W. Birk, Über Ernährungsversuche mit homogenisierter Milch. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Juni 1905.) Ergebnisse der Versuche: Bei gesunden Kindern leistet diese Milch nicht mehr als die gewöhnliche; auch bei kranken Kindern genügt sie den Indikationen, die zu ihrer Verwendung Veranlassung geben könnten, nicht. Für die Säuglingsernährung bietet sie also keinerlei Vorteile. Grätzer.

A. Berkholz (Riga), Kasuistische Mitteilung zur Appendicitisfrage im Säuglingsalter. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Juni 1908.) Fall von Appendicitis ulcerosa, geheilt durch Operation. Unklare, fieberhafte Attacken mit Erbrechen und Hyperästhesie der rechten Abdominalhälfte ließen bald, da andere Ursachen für diese Fieberanfälle auszuschließen waren, an Appendicitis denken. In der Mucosa der Appendix fanden sich vier Ulcera. Grätzer.

A. Orgler, Beiträge zur Lehre vom Stickstoffwechsel im Säuglingsalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Juni 1908.) 1. Über den Stickstoffwechsel beim Absetzen von der natürlichen Ernährung. 2. Zur Resorption des Stickstoffes. 3. Über die Bedeutung des Nahrungsfettes für den Stickstoffansatz. Interessante Versuche. Grätzer.

Raecke, Diagnose und Behandlung der kindlichen Seelenstörungen. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.)

(Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 21.) R. beschäftigt sich in diesem „klinischen Vortrage“ mit der Idiotie, Imbezillität, Hysterie, Katatonie, Melancholie, Manie, Paranoia, Dementia paralytica usw., überall kurz die diagnostischen Momente hervorhebend und die Therapie besprechend. Grätzer.

L. Rauenbusch, Ein Beitrag zur Behandlung der angeborenen Unterschenkelpseudarthrose. (Aus Prof. Vulpius' Klinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 22.) Fall eines 5jährigen Knaben, bei dem mit der Methode nach Codivilla ein ausgezeichnetes Resultat erzielt wurde. Grätzer.

K. Frankenstein, Über vollkommenen Verschluß der Vagina. (Aus dem evang. Krankenhause Kalk bei Köln.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 22.) Bericht über einen Fall von Atresia hymenalis vaginae bei einem 16jährigen Mädchen mit Berücksichtigung der Diagnose, Therapie und Entstehung derartiger Gynatresien. Grätzer.

F. Glaser, Eine Mikrosporie-Epidemie. (Aus dem Auguste-Viktoria-Krankenhause in Schöneberg.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 23.) Die Epidemie — verursacht durch Mikrosporon-Audouini —, welche jetzt in Schöneberg unter den Kindern herrscht, wurde entdeckt durch einen ins Krankenhaus gebrachten Fall, über den G. sagt:

„Am 22. IV. 1908 wurde in das Auguste-Viktoria-Krankenhaus zu Schöneberg der 9jährige Schüler Georg K. aufgenommen, welcher eine eigentümliche Erkrankung der behaarten Kopfhaut darbietet. Dieselbe zeichnet sich durch ca. 10 kreisrunde, fast kahle Flecken von 3—5 cm Durchmesser aus, welche teilweise am Scheitel konfluieren und daselbst die größte Kreisbildung hervorbringen. Die erwähnten, kahl aussehenden Stellen sind mit adhärenten, feinen, silbergrauweißlichen Schuppen bedeckt; die Haare daselbst sind abgebrochen, fragezeichenartig gekrümmt. Reißt man ein Haar heraus, so wird mit Leichtigkeit erkannt, daß die erkrankten Haare an ihrer Basis mit einer weißlich-grauen Scheide manschettenartig in einer Höhe von 3—5 mm umhüllt sind. Irgendein Zeichen von Entzündungserscheinung wird vermißt. Graue, kreisrunde, mit spärlich besäten abgebrochenen Haaren besetzte schuppige Flecke müssen als Hauptcharakteristikum dieser Haarerkrankung bei dem sonst ganz gesunden Jungen angesehen werden. An der übrigen Haut des Körpers wird keine Krankheitserscheinung wahrgenommen. Aus der Anamnese sei schließlich hervorgehoben, daß die Krankheit am Scheitel mit einem kleinen Fleck begann, der sich allmählich vergrößerte. Später seien die anderen Eruptionen aufgetreten. Angesteckt will sich der Kranke von einem Schulkameraden haben, in dessen Familie auch andere Geschwister an einem ähnlichen Haarleiden erkrankt sind.

Die Diagnose in diesem Falle zu stellen, war auch für einen Ungeübten bei näherer, schärferer Überlegung nicht unschwer. Gegen Favus sprach das Fehlen jeglicher Skutulabildung und die grauweiße Farbe der Herde. Bei Seborrhöe wären Entzündungs- und Infiltrationserscheinungen sicherlich auch zu erwarten gewesen. Um eine gewöhnliche Alopecia areata konnte es sich sicherlich nicht handeln, da die Haut bei dieser Erkrankung an den haarlosen Stellen unverändert und nicht mit Schuppen bedeckt ist, und bei obigem Kranken gerade die adhärente, feine weiße Schuppung der erkrankten Partien besonders auffällig ist.

Über die Therapie sagt G.:

„Was die Therapie derartiger Mikrosporiefälle betrifft, so ist zu bemerken, daß mit der Pubertät sehr oft eine Spontanheilung eintritt. Plaut in Hamburg empfiehlt: 1. den Kopf zu scheren, 2. Waschung mit Seifenwasser, 3. Auftragen von 5 Epikarin, Alkohol 80, Äther 20 auf alle ergriffenen Stellen. Wenn die Affektion nicht sehr verbreitet ist, genügt Jodtinktur 1:4. Reinigung nach 24 Stunden mit Petroleumäther. Abwaschen mit 2%igem Salizylspiritus. Dann Epilation so weit wie möglich. Zinkpaste. Falls eine Epidemie größere Ausdehnung gewinnt, wäre an energischere Maßnahmen zu denken.

Geheimrat His hat auf dem Bonner Dermatologenkongreß über die Maßregeln berichtet, die er in Verbindung mit der Schweizer Regierung gegen die Epidemie in Basel ergriffen hat. Er befürwortete:

1. zentralisierte Behandlung beim epidemischen Auftreten der Mikrosporie,
2. regelmäßige Untersuchung aller Schulklassen der infizierten Schule,
3. allen Knaben ist zur besseren Untersuchung der Kopf zu scheren,
4. Röntgenbehandlung der erkrankten Kopfhaut (nach Sabouraud),
5. allen erkrankten Kindern ist ein abschließender Stärkebinden-Kopfverband anzulegen.“

Grätzer.

Gabriel, Über Diphtherie. (Aus dem städtischen Krankenhause zu Stettin.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 23). Vom 1. IV. 1904 bis 1. IV. 1907 starben von 541 Fällen 80 (= 14,6%), hiervon 16 an Herztod (= 20%). G. untersucht nun, wie diese Herztodesfälle zur Serumtherapie stehen (alle diese Fälle waren mit Serum behandelt), ob genügende Dosen zur Anwendung gelangten und ob früh genug. Die Dosis ist sicher bei allen genügend gewesen, doch ergab sich, daß die an Herzlähmung gestorbenen Kinder erheblich später gespritzt worden waren, als die geheilten, so daß die Hoffnung wohl berechtigt ist, daß bei rechtzeitiger Serumbehandlung (der Injektionstag war hier im Durchschnitt der 5. Tag gewesen!) das Auftreten der Herztodesfälle erheblich eingeschränkt werden kann. Ob eine Erhöhung der Dosis Einfluß gehabt hätte, kann G. noch nicht sagen. Es werden jetzt bei allen Fällen, die später als am 2. Tage kommen, 3000—5000 I.-E. gegeben, und zwar intramuskulär, und diese Injektionen jeden 5. Tag bis zur Entlassung (4—6 Wochen) wiederholt, wodurch G. hofft, erfolgreich auch gegen jene Todesfälle ankämpfen zu können.

Grätzer.

Gabriel, Beitrag zur Kenntnis des chronischen Rachendiphtheroids. (Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 23.) Interessanter Fall, der sich dadurch von dem Bilde des sogen. chronischen Rachendiphtheroids (Neisser) unterschied, daß immer von neuem akute Rachenerscheinungen, zum Teil mit recht erheblichen Temperatursteigerungen und starker Störung des Allgemeinbefindens eintraten. G. konnte das 22jährige Mädchen 8 Monate lang beobachten. Nach 7 monatigem Krankenhausaufenthalt wurde Pat. auf Wunsch ungeheilt, d. h. mit Bazillen entlassen, um

nach 3 Wochen von neuem wegen eines erneuten Schubes akuter Halsbeschwerden aufgenommen zu werden. Auch während dieses zweiten, kurzen Aufenthaltes machte Pat. eine fieberhafte Halsentzündung mit Belag und Gelenkschmerzen durch und ging abermals ungeheilt, mit reichlichen Bazillen, auf Wunsch heraus. Grätzer.

A. F. Hecht, Über die Bedeutung der Seifenstühle im Säuglingsalter. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 19.) Was die Menge der Darmsekrete anlangt, so haben H.s Beobachtungen folgendes ergeben. Die fettdyspeptischen Stühle der künstlich und an der Brust ernährten Kinder enthalten reichlich Schleim, die Seifenstühle hingegen enthalten keinen Schleim, denn der Schleim hindert die Verseifung.

Welche Schlüsse ergeben sich nun für die Semiotik der Seifenstühle?

Sie treten unter folgenden Bedingungen ein:

1. muß eine mäßige Störung der Fettresorption vorhanden sein,
2. darf kein Hindernis für die Fettspaltung bestehen,
3. muß eine stärkere Säuerung fehlen,
4. darf die Peristaltik nicht erheblich beschleunigt sein,
5. muß eine stärkere katarrhalische Reizung fehlen.

Das Auftreten von Seifenstühlen beweist daher eine geringgradige, aber wohl immer chronische Störung der Fettresorption; denn nur chronische Erkrankungszustände ermöglichen eine solche fehlerhafte Zusammensetzung des Kotes ohne gleichzeitige katarrhalische Reizung.

Sowie sich zu der chronischen Ernährungsstörung eine akute Exazerbation hinzugesellt, machen die Seifenstühle anderen Erscheinungsformen fettreicher Stühle Platz. Ist aber die akute Erkrankung wieder vorbei, dann treten neuerdings Seifenstühle auf. Grätzer.

Levinger (München), Ein behaarter Rachenpolyp. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 19.) Den 24 bisher bekannten Fällen fügt L. einen 25. hinzu, der ein Kind von $6^1/_2$ Monaten betraf. Der Bau der Geschwulst entsprach dem der bisher beschriebenen Fälle. Pat. war sonst völlig normal entwickelt. Der Sitz des Tumors ließ sich nicht genau feststellen, jedenfalls aber saß er hoch oben im Nasenrachenraum. Es bestand Störung der Atmung und Behinderung des Schluckens. Die Beschwerden nahmen später rasch zu, was vielleicht dadurch zu erklären ist, daß die Geschwulst durch Ausziehen des Stieles allmählich weiter herabrückt und so allmählich die Bewegungen des Gaumensegels mehr stört. Der Erfolg der Operation war ein sofortiger und sicherer. Grätzer.

M. Pfaundler und **E. Moro,** Über hämolytisches Komplement in der Frauenmilch. (Aus der kgl. Universitätskinderklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) In einer Publikation über hämolytische Substanzen der Milch konnten die Verff. im Vorjahre zum ersten Male den Nachweis erbringen, daß die Milch verschiedener Säuger hämolytisches Komplement enthält. In der Frauenmilch jedoch gelang dieser Nachweis damals nicht; es könne

dadurch — wurde seinerzeit bemerkt — keineswegs das Vorhandensein der Komplemente in dieser Milch als ausgeschlossen erachtet werden; vielmehr sei zur Erklärung des eigentümlichen Verhaltens eine der Frauenmilch in besonderem Maße eigentümliche Fähigkeit ins Auge zu fassen, die Hämolyse zu hemmen. Daß diese Fähigkeit tatsächlich besteht, zeigten besondere Versuche.

Moro hat die Frage des Komplementgehaltes der Frauenmilch weiterhin auch durch den bakteriolytischen Versuch zu prüfen unternommen. Hier wies bei gewisser Anordnung des Experimentes deutliche Wachstumshemmung durch Frauenmilch in Typhusbazillenkultur auf einen — scheinbar allerdings geringfügigen — Komplementgehalt hin.

Hiernach wurden die hämolytischen Versuche neuerdings unter solchen Bedingungen aufgenommen, die geeignet sind, auch geringe Mengen von hämolytischem Komplement aufzudecken. Eine solche Anordnung ist allgemein dadurch gegeben, daß die Komplemente der zu prüfenden Flüssigkeit unter Vermittlung überschüssiger Immunkörper auf die Erythrozyten einwirken gelassen werden.

Bei solcher Anordnung des Experimentes gelang es uns nun tatsächlich, in fast allen Frauenmilchproben hämolytisches Komplement nachzuweisen. Grätzer.

E. Emmerich, Über die klinische Bedeutung der kutanen und perkutanen Tuberkulinreaktion (nach v. Pirquet und nach Moro) beim Erwachsenen. (Aus der II. medizin. Klinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) E. faßt seine Resultate wie folgt zusammen:

1. Die Salbenreaktion schränkt die Zahl der positiven Reaktionen bei klinisch tuberkulosefreien Individuen gegenüber der kutanen Reaktion bedeutend ein.
2. Die Salbenreaktion ist leichter ausführbar als die kutane Impfung und absolut harmlos.
3. Die Salbenreaktion versagt bei progredienter Tuberkulose früher als die kutane Impfung.
4. Da bei der Salbenreaktion auch latente Herde reagieren, ist dieselbe zu diagnostischen Zwecken beim Erwachsenen nur im beschränkten Maße zu verwerten. Grätzer.

M. Nagel, Über Stillpraxis und ihren Einfluß auf die Entwicklung des Kindes. (Aus der kgl. Universitäts-Kinderklinik zu Erlangen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Die Aufnahme von 300 Anamnesen ergab, daß 68,3 % der Kinder unzulänglich gestillt worden waren. N. geht die verschiedenen angeblichen Stillhindernisse durch und zeigt, daß nur ganz wenige davon stichhaltig waren; die übrigen aber, soweit nicht Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit und Geschäftsrücksichten in Betracht kommen, auf drei besonders wichtige Ursachen zurückzuführen waren:

1. auf Rücksicht auf althergebrachte Vorurteile,
2. auf Unkenntnis der Hebammen,
3. auf Unkenntnis eines sachgemäß durchgeführten Allaitement mixte.

Im 2. Teile seiner Arbeit untersucht N., ob sich aus der verschieden langen Stilldauer statistisch nachweisbare Verschiebungen in der Entwicklung der Kinder ergeben. Es zeigte sich, daß die Stilldauer von Einfluß auf Zahnungsbeginn und Zahnungsverlauf ist: ein hoher Prozentsatz derjenigen Kinder, die gar nicht oder unzulänglich gestillt worden sind, beginnt zu spät mit der Zahnung und letztere erweist sich als schwer. Auch mit dem Gehvermögen verhält es sich so. Die Ursache dieser Entwicklungshemmungen ist auf die Rachitis zurückzuführen. Grätzer.

H. Lenk, Zur Frage der Stillfähigkeit. (Aus der Kinderklinik in Prag.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Wie je 1000 Fälle aus den Jahren 1903 und 1907 ergaben, herrscht in Prag große Stillfreudigkeit. Nur etwa 5% der Mütter stillten ihre Kinder nicht. Grätzer.

L. Grüneberg (Elberfeld), Zur Behandlung der hämorrhagischen Diathese beim Neugeborenen. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Bei dem Kinde traten Hautsugillationen, Blutbrechen, Omphalorrhagie usw. auf. Wie mit einem Schlage änderte sich das Krankheitsbild nach subkutaner Injektion von 15 ccm Gelatine Merck unter die Brusthaut (neben Darreichung der Brust statt der künstlichen Ernährung). Der Rest der Merckschen Tube wurde Tags darauf 3stündlich teelöffelweise per os gegeben und eine zweite Tube dann ebenso. Rasche Genesung. Grätzer.

O. Muck (Essen), Über die klinische Bedeutung des chronisch entzündeten, nicht hypertrophischen Gaumentonsillengewebes. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Nach M. Schmidt sind die chronischen Mandelentzündungen fast immer durch die Anwesenheit von Mandelpfröpfen bedingt; selbst in ganz kleinen Tonsillen finden sich letztere häufig und veranlassen pharyngitische Beschwerden.

Für solche Fälle hat sich zur Diagnose und Therapie dem Verf. eine von ihm konstruierte Saugvorrichtung, der „Tonsillen-Exhaustor“ (Firma Pfau, Berlin) bestens bewährt.

Unter den 50 Fällen von chronischen Tonsillitis, die durch Mandelpfröpfe und eitrigen Inhalt in den Mandeln charakterisiert waren, fand M. 11 mal eine tuberkulöse Lungenspitzenaffektion. Die Tonsillen sind ja schon als Eintrittspforten für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbazillus, seit längerer Zeit bekannt. Und welche Bedeutung die chronische Entzündung des Gaumentonsillengewebes auch sonst hat, geht schon daraus hervor, daß Erwachsene, die an chronischer Tonsillitis leiden, meist angeben, sie „hätten schon immer mit dem Halse zu tun gehabt“, sie hätten in der Jugend oft an Halsschmerzen gelitten, seien skrofulös gewesen usw. Also aus frühester Jugend schon datieren oft solche Affektionen. Die Betreffenden haben vor der Pubertät an Anginen, geschwollenen Halslymphdrüsen gelitten, bis die hypertrophische Gaumentonsille der natürlichen Rückbildung oder Amputation verfiel. In den zurückgebildeten Tonsillen besteht meist eine chronische Entzündung fort

auch wohl in den Amputationsstümpfen, mit und ohne subjektive Beschwerden.

M. führt zum Schluß zwei klinisch interessante Fälle, Kinder von 15 und 13 Jahren betreffend, an; es handelte sich beide Male um einen akut rezidivierenden Gelenkrheumatismus, bei welchem unmittelbar nach der Saugbehandlung der chronisch entzündeten Gaumentonsillen die Gelenkaffektionen schwanden. Grätzer.

R. Bernstein (Sensburg), Scharlach und Trauma. (Ärztliche Sachverständigen-Ztg. 1908. Nr. 12.) B. beschreibt den Fall eines 7 jährigen, vorher noch nicht an Scharlach erkrankt gewesenen Kindes, das jetzt eine in mancher Hinsicht atypisch verlaufende Skarlatina durchmachte. Es trat hier zunächst das Exanthem, dann erst die Angina auf. Sodann zeigte sich das Exanthem zuerst an einem Arm, und zwar an einem Hautstreifen, der einer ganz bestimmten Lymphgefäßbahn entsprach, die auf eine bestehende Wunde hinwies. Daß letztere als Eintrittsstelle des Scharlachvirus anzusehen war, zeigte sich auch darin, daß auch im Verlaufe der Krankheit, als das erste Exanthem bereits seit mehreren Tagen verschwunden war, ein neues Exanthem in fast unmittelbarem Anschluß an neue Entzündungserscheinungen von seiten der Fingerwunde auftrat.

Das Auftreten der Angina nach dem Exanthem möchte B. dadurch erklären, daß der Scharlacherreger, der auf einem anderen als dem gewöhnlichen Wege in den Körper gelangt war, eine sekundäre Erkrankung der Tonsillen hervorrief. Auch wenn die Tonsillen nicht die Eingangspforte des Scharlachvirus sind, scheinen sie doch für dieses eine gewisse Prädilektionsstelle zu sein. Grätzer.

J. A. Schabad, Der Phosphorlebertran in der Therapie der Rachitis. Sein Einfluß auf den Kalkstoffwechsel. (Aus der Kinderklinik des medizin. Instituts für Frauen in St. Petersburg.) (Die Therapie der Gegenwart. Juni 1908.) Aus seinen Versuchen zieht S. folgende Schlüsse:

1. Der Phosphorlebertran übt auf den Kalkstoffwechsel gesunder Kinder keinen Einfluß aus, erhöht jedoch die Kalkretention bei Rachitis.

2. Diese Wirkung tritt bald nach dem Beginn der Darreichung des Mittels auf — ist nach 3—5 Tagen schon deutlich ausgeprägt — und schwindet nach dem Fortlassen desselben sehr allmählich, so daß sie noch nach 2 Monaten nachweisbar ist (wenn das Mittel im Laufe von $2^1/_2$ Monaten genommen wurde).

Die Versuche sprachen ferner dafür, daß im Phosphorlebertran beide Komponenten, sowohl der Phosphor als auch der Lebertran wirksam sind. Grätzer.

P. Eisen, Beitrag zur Stomatitis und Angina ulceromembranacea (Plaut-Vincent) mit scharlachähnlichem Exanthem. (Aus dem St. Rochusspital in Mainz.) (Zentralblatt f. innere Medizin. 1908. Nr. 25.) 6 jähriges Kind, das zugleich eine Angina Plaut-Vincent und ein Scharlachexanthem aufwies. Letzteres war sehr flüchtig, Schuppung fand nicht statt. E. glaubt, daß ein scharlachähnliches Exanthem vorlag, obwohl das Kind, mit

Scharlachkranken zusammengelegt, nachträglich nicht an Scharlach erkrankte.

E. fordert auf, stets den anginösen Belag bei Scharlach bakteriologisch zu untersuchen, damit man event. erkennen kann, ob nicht Pseudoskarlatina mit Angina Plaut-Vincent vorliegt. Man wird dann in bezug auf Therapie (besonders Bettruhe!) und Prophylaxe, Absperrung der Umgebung usw. weit weniger rigoros vorgehen dürfen.

Grätzer.

Walther Coul, Beitrag zur Tuberkulose der Plazenta. (Zieglers Beiträge. 41. Bd. 3. Heft. 1907.) C. teilt seinen Fall mit, da die Untersuchungen über Tuberkulose der Plazenta selten sind. Es handelte sich um eine 25jährige Frau mit einer Endometritis tuberculosa caseosa, die im 7. Schwangerschaftsmonat an einer Meningitis gestorben war. Bei der mikroskopischen Untersuchung ließen sich im mütterlichen Teile der Plazenta stark verkäsende Tuberkel mit spärlichen Bazillen nachweisen, während die fötalen Teile und die Nabelschnur frei von tuberkulösen Veränderungen waren. Dementsprechend konnte in den Organen des Fötus weder histologisch noch durch den Tierversuch Tuberkulose nachgewiesen werden.

Bennecke.

Glaserfeld, Vorkommen von Kalk in den Rindengefäßen der kindlichen Niere. (Virchows Archiv. Bd. 188. Heft 1.) Verf. hat bei systematischer Untersuchung von 70 Fällen 30 mal Kalk in kindlichen Nieren gefunden. Die Kalkeinlagerungen fanden sich nur in der Nierenrinde, und zwar in den Gefäßen (Aa. interlobulares und V. afferentia), niemals im sezernierenden Apparate oder im interstitiellen Gewebe. Der Kalk liegt in den Gefäßendothelien. Die Kalkablagerung wird als kadaveröser Vorgang aufgefaßt.

Bauer (Jena).

Uchermann, Ein Fall von tödlicher venöser Blutung aus dem Gehörgang bei einem Säugling. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 74.) Abszeß (Drüsenabszeß?) unterhalb des Ohres auf dem M. sternocleidomastoideus mit Durchbruch in den Gehörgang, Eiterung und mehrmaligen starken Blutungen aus demselben. Um die blutende Stelle näher zu besichtigen, wurde eine partielle Resektion des Warzenfortsatzes gemacht, die aber keine Klarheit ergab. Das Antrum und Mittelohr erschienen gesund, die Blutung scheint aus dem innersten Teile des Gehörganges nahe dem Trommelfell zu kommen. Am Tage darauf Metastasen, einige Tage später die terminale Blutung. Anscheinend hatte sich der Abszeß durch den Gehörgang entleert, da später kein Eiter mehr beobachtet wurde. Trotzdem arrodierte der Abszeß die Venenwand und infizierte die Blutmasse.

A. Sonntag.

Meltzer (Chemnitz), Zur Pathologie der Optikusatrophie und des sogenannten Turmschädels. (Neurol. Centralblatt. 1908. Nr. 12.) Aus der Untersuchung von 20 Fällen Blinder mit Turmschädeln (aus der sächsischen Blinden- und Schwachsinnigenanstalt in Chemnitz) hat der Verf. die Auffassung gewonnen, daß beide Erscheinungen (Turmschädel und Neuritis optica) aus einem geringfügigen

angeborenen oder erworbenen Hydrocephalus ex meningitide hervorgegangen sind. Es handelt sich um eine Meningitis serosa ventricularis. Diese hat in dem einen Teile der Fälle (13) den Kopf zunächst schon in der Fötalzeit oder während der Geburt deformiert und dann bei einer Exazerbation in der Kindheit den Optikus bzw. auch den Olfaktorius abgetötet und die Hochformung des Kopfes verschlimmert; im anderen Teile (7) ist sie innerhalb der ersten drei Lebensjahre aufgetreten und hat — gleichzeitig plötzlich oder — nacheinander und allmählich die Hochformung des Kopfes und die Abtötung des Sehnerven verursacht. Die Exostosenbildung bei Turmschädeln ist als eine Reaktion des rachitiskranken Knochens gegen den mäßigen hydrocephalischen Druck aufzufassen. Nach einmal eingetretener Ossifikation der Nähte und Squostosierung wirkt der Druck des wachsenden und Platz brauchenden normalen Hirns resorbierend auf den Hydrocephalus, rarefizierend auf die Schädelkapsel und deformierend auf die Schädelbasis. — Zu der Zeit des entstehenden Hydrocephalus kann die Lumbalpunktion mit glänzendem Erfolg angewandt werden. Bei Abschluß der Hirnhöhlen vom Rückenmarkskanal ist Ventrikelpunktion oder Trepanation angezeigt.

Arthur Stern (Charlottenburg).

L. Weekers, Glioma iridis. Mit 1 Tafel und 3 Abbildungen im Text. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Freiburg.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Januar 1908.) Verf. beschreibt des näheren die Geschwulst in der Iris eines $3^1/_2$ jährigen Kindes, die sofort wegen ihres eigenartigen Verhaltens besondere Aufmerksamkeit erregte. Man schwankte mit der Diagnose und zwar hauptsächlich zwischen Tuberkulose, Syphilom und Gliom. Die notwendig gewordene Enukleation bestätigte den Verdacht Axenfelds, daß es sich um ein primäres Gliom der Iris handeln könne. Es war eigentlich nur die enorme Seltenheit einer gliomatösen Irisgeschwulst — die bislang kaum schon beobachtet worden ist —, die davon abhielt, die Diagnose mit Sicherheit zu stellen. Nachdem aber dieses Vorkommnis nunmehr festgelegt ist, würde man ein andermal vielleicht bestimmter diagnostizieren können.

Die sehr wenigen primären Iristumoren epithelialer Abstammung, die sich in der Literatur finden, wurden lediglich bei Kindern beobachtet; nur bei ihnen kann naturgemäß auch Gliom überhaupt in Frage kommen.

Es ist zwar nicht selten zu beobachten, daß an ausgedehnten Netzhautgliomen, die in der bekannten Weise als die gefürchteten „amaurotischen Katzenaugen" beginnen, schließlich die Iris teilnimmt. Diese Möglichkeit war in dem mitgeteilten Falle von vornherein auszuschließen, ebenso die einer Metastase, wie auch die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

C. Sternberg, Über die Erzeugung von Antikörpern durch rektale Einverleibung der Antigene und über die Resorption rektal eingebrachter Antikörper. (Aus der Prosektur der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn.) (Wien. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Die Ergebnisse der angestellten Versuche faßt St. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Rektal eingebrachtes Pferde- oder Rindereiweiß ist im Blute der Kaninchen mit Hilfe der Präzipitinreaktion nicht nachweisbar; auch gelingt es bei dem Kaninchen nicht, durch rektale Injektionen der genannten Sera Präzipitine für dieselben zu erzeugen. Beim Menschen scheint hingegen per Klysma eingebrachtes Pferdeeiweiß in geringer Menge im Blute nachweisbar zu sein.

2. Nach rektalen Injektionen von Aufschwemmungen lebender oder abgetöteter Typhus- oder Mäusetyphusbazillen bei Kaninchen kann man im Serum der Versuchstiere Agglutinine nachweisen, die bei trächtigen Tieren auch auf die Jungen übergehen können. Es werden also bei dem Kaninchen agglutinogene Substanzen im Gegensatze zu präzipitinogenen Substanzen von der Darmschleimhaut aufgenommen.

3. Rektale Injektionen von Diphtherietoxin rufen bei Kaninchen keine Antikörperbildung hervor.

4. Nach rektalen Injektionen größerer Mengen eines hochwertigen Diphtherieheilserums ist der Antikörper im Serum der Versuchstiere nicht nachweisbar.

Es bietet demnach die Applikation eines Heilserums in Form von Klystieren keine große Aussicht auf therapeutische Erfolge. Jedenfalls ist die bisher allgemein geübte Einverleibung in Form subkutaner, allenfalls intravenöser Injektionen weitaus vorzuziehen, da hierbei die ganze Flüssigkeitsmenge resorbiert wird. Grätzer.

J. Bartel und **R. Stein,** Über Lymphdrüsenbefunde bei kongenitaler und postfötaler Lues. (Aus dem patholog.-anatom. Institut in Wien.) (Wien. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Die Endergebnisse der Arbeit lauten:

Nach den Befunden bei den Fällen kongenitaler Lues glauben wir uns dahin aussprechen zu können, daß wie in anderen Organen, auch in Lymphdrüsen durch das spezifische Virus pathologische Prozesse hervorgerufen werden können. Bezüglich der Anwesenheit der als spezifischer Erreger angesprochenen „Spirochaete pallida" in den untersuchten Lymphdrüsen konnten wir uns nicht äußern, da einzelne Stichproben (nach Levaditi) ein negatives Resultat ergaben. In dieser Richtung verzeichnet z. B. Schlimpert positive Befunde im Mesenterium und in Mesenterialdrüsen kongenital-luetischer Kinder. Dabei sind die histologischen Veränderungen bald prägnanter, bald von der Norm nur wenig verschieden. In letzterem Falle konnten wir wenigstens keine besonderen Unterschiede gegenüber den Lymphdrüsen von nichtsyphilitischen Kindern sehen. Wieweit man speziell in solchen von der Norm wenig differenten Drüsen von einer stärkeren Hyperämie sprechen kann, im Sinne eines „fluxionären Stadiums" nach Virchow lassen wir bei der Schwierigkeit der Beurteilung

dahingestellt. Die stärker ausgeprägten Veränderungen finden wir gegeben durch gelegentlich sehr starke Zunahme der Endothelien und Phagozytose von Lymphozyten durch dieselben. Hand in Hand damit geht ein Zurücktreten der Lymphozyten und eine Zunahme des Bindegewebes mit Verdichtung desselben (zweites oder markiges Stadium nach Virchow?). Schließlich konnten wir auch Veränderungen des „käsigen Stadiums“ nach Virchow sehen. Vervollständigt wird das Bild durch chronisch entzündliche Vorgänge in der Kapsel der Lymphdrüsen und deren Umgebung. Zustände von Ödem der Lymphdrüsen kombinieren sich dabei mit mehr oder weniger allgemeinen hydropischen Erscheinungen auch an anderen Stellen des Organismus.

Es handelt sich dabei um Befunde, denen wir nach den allgemeinen Kenntnissen über pathologische Veränderungen der Gewebe durch Infektionsträger verschiedener Art keinen spezifischen Wert zuerkennen dürfen. Es stände dieses auch im Einklange mit den seinerzeitigen Anschauungen Virchows: „Gerade bei der Syphilis zeigt es sich sehr deutlich, daß das morphologische Produkt keinen absoluten Wert hat. Nur durch seine Entwicklung und Rückbildung, durch seine Geschichte, durch sein Leben, bekommt es seine Bedeutung.“

Wenn wir ferner in unseren Fällen von „maligner Lues“ bei Erwachsenen in den Lymphdrüsen Bilder beobachteten, wie wir sie beim „Status thymico-lymphaticus“ gefunden haben, so sahen wir darin nichts Unerwartetes, da ja der Obduktionsbefund Anzeichen einer solchen Konstitutionsanomalie verzeichnet. Wir müssen dabei einmal der Möglichkeit gedenken, daß es sich um Individuen mit „a priori“ lymphatischer Konstitution handelte und aus dieser Ursache die später akquirierte Lues einen besonders bösartigen Verlauf nahm. Anderseits wäre auch die Möglichkeit zu erwägen, daß die Veränderungen der Lymphdrüsen eine Folge einer luetischen Infektion bei vorher nicht lymphatischen Individuen seien. Wenn wir auch die erst geäußerte Ansicht für die wahrscheinlichere halten, so glauben wir doch, die zuletzt ausgesprochene nicht außer acht lassen zu dürfen. Man könnte sich nämlich nach unseren Befunden bei kongenitaler Lues (Abbau des lymphatischen Gewebes mit Wucherung des Stützgerüstes) vorstellen, daß ein syphilitischer Prozeß nach längerer Zeit ganz gut zu jener Destruktion des Lymphdrüsengewebes führen könnte, wie wir sie bei lymphatischen Individuen gesehen. Ob sich dann ein solcher inniger Zusammenhang zwischen luetischer und zwar namentlich kongenital luetischer Infektion und dem Lymphatismus im Sinne einer „defektuösen Überwindung“ in überzeugender Weise ergeben wird, bleibt freilich weiteren Erfahrungen überlassen. Wir können ja ein analoges Verhalten auch bei anderweitigen Schädigungen des lymphatischen Gewebes nach mancherlei Beobachtungen und Anschauungen — siehe v. Behrings Annahme des Lymphatismus als einer Form von „defektuöser Überwindung“ juveniler Tuberkuloseinfektionen — nicht von der Hand weisen.

Grätzer.

G. J. Rossolimo (Moskau), Über das Verhältnis des Ohrläppchens zur Tuberkulose. (Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 22.) 1. Von allen anatomischen Degenerationsstigmata, die bei

Personen mit persönlicher oder familiärer Veranlagung für Tuberkulose vorkommen, kann man als das häufigste verschiedene Arten von Unregelmäßigkeiten im Bau des Ohrläppchens betrachten.

2. Bei Individuen, die hauptsächlich der Bevölkerung von Zentralrußland angehören und von jeglicher Beziehung zur Tuberkulose frei sind, sowohl wie auch bei Personen mit alkoholischer und psychopathischer Heredität, ist das Verhältnis der abnormen Ohrläppchen zu den normalen gleich 1 : 4.

3. Umgekehrt beträgt das Verhältnis der ersteren zu den letzteren bei Veranlagung zur Tuberkulose 3,25 : 1.

4. Dabei drückt sich dieser Zusammenhang besonders deutlich bei familiärer Veranlagung aus und beträgt dann das Verhältnis 5 : 1, während bei persönlicher Tuberkulose dieses Verhältnis 3 : 1 ist.

5. Tuberkulose in Familien beider Eltern des betreffenden Individuums gibt ein größeres Verhältnis der abnormen Läppchen zu den normalen (5 : 1), als nur einseitige tuberkulöse Heredität (3,3 : 1).

6. Bei persönlicher Tuberkulose mit tuberkulöser Heredität ist das Verhältnis der unregelmäßigen Ohrläppchen zu den regelmäßigen größer (5 : 1), als bei persönlicher Tuberkulose, die nur mit alkoholischer Heredität aggraviert ist, wo das Verhältnis 2,7 : 1 beträgt.

7. Wie unbedeutend die Rolle der ausschließlich alkoholischen Heredität in dem Degenerationsprozeß des Ohrläppchens, unabhängig von gleichzeitiger persönlicher Veranlagung für Tuberkulose ist, ist daraus ersichtlich, daß bei mit alkoholischer Heredität aggravierten, jedoch persönlich für Tuberkulose veranlagten Personen, das Verhältnis der verschiedenen Ohrläppchentypen 2,7 : 1 beträgt, während bei Personen ohne persönliche Veranlagung für Tuberkulose und mit alkoholischer Heredität, dieses Verhältnis 1 : 4,5 gleicht.

8. Das unregelmäßige Ohrläppchen kann, wie ein jedes anatomische Kennzeichen der Entartung, als besonderes Element an dem Bilde eines bestimmten Degenerationstypus Anteil nehmen, ohne daß es sein obligatorischer oder wesentlicher Bestandteil zu sein braucht; es kann sowohl bei alkoholischen als auch syphilitischen Degeneranten vorkommen, bei welchen die Veranlagung für Tuberkulose noch nicht bewiesen ist, immerhin ist es charakteristisch für eine besondere physische Organisation, deren wesentliches Merkmal eine vitale Schwäche der Gewebe bildet, für eine Prädisposition einigen schädlichen Einflüssen gegenüber, insbesondere aber für eine schwache Widerstandskraft der tuberkulösen Infektion gegenüber und eine Neigung zu asthenischen Erkrankungen einiger Organe, besonders funktionellen Erkrankungen des Nervensystems (Rossolimo).

Grätzer.

R. W. Raudnitz, Therapeutische Versuche und Vorschläge. (Prager med. Wochenschrift. 1908. Nr. 20.) Aus dem Inhalt greifen wir folgendes heraus:

Bei Prurigo infantum gravis geht R. mit Erfolg so vor: Überstreichen der erkrankten Haut nach einem gründlichen Bade mit Thigenol in dicker Lage, darauf sorgfältige Bandagierung zuerst mit

Kalikotbinden, um die Gelenke Watteeinlagen, hierauf fest geschlossene, feucht angelegte, gestärkte Organtinbinden, so daß jedes Kratzen unmöglich wird. Der Verband bleibt immer 8 Tage liegen. Kurz vor dem Verbandwechsel Bad. Dauer der Behandlung mindestens 5 bis 6 Monate. Daneben Arsenik bis zu hohen Dosen. Sorgfältige Vernichtung von Flöhen und Wanzen.

Bei Chorea ordiniert R. mit Erfolg Parathyreoidin.

Bei Oxyuren sah R. zuweilen bei sehr obstinaten Fällen Dauerheilung nach Verordnung von:

Rp. Naphthalin 1,5
Thymol 4,8
Santonin 0,4
Divid. in dos. VIII.

Daneben Podophyllin und Stuhlzäpfchen aus Jodoform, Naphthalin, Thymol aā 0,1. Ein Oxyuren in großen Mengen abtreibendes Mittel ist auch Sauerkrautwasser, wie es bei der Sauerkrautgärung entsteht (in kurzen Zwischenräumen 1—2 Liter trinken lassen). Grätzer.

Dario Galichi, L'uso del Plasmon nei bambini. (La Pediatria. Oktober 1907.) Verf. teilt 16 Fälle mit, in denen er das Plasmon gebraucht hat. Es wurde von Kindern jeden Alters, auch bei schwacher Konstitution, gut vertragen, erregte keinerlei gastrische oder intestinale Störungen, keine Nierenreizungen, selbst dann nicht, wenn kurz vorher eine Nephritis überstanden war. Der Gebrauch hatte eine erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes und Gewichtszunahme im Gefolge. F.

Edoardo Orefice, Contribuzione alla casuistica del morbo di Barlow. (La Pediatria. Oktober 1907.) Bericht über 2 Fälle. Im ersten Falle ist das Alter des Kindes beachtenswert; dasselbe war bereits über 3 Jahre alt und bekam bereits gemischte Nahrung, in der freilich Polenta die Hauptrolle spielte. Im zweiten Falle lebte das Kind nur noch 11 Stunden nach seiner Aufnahme in das Spital. Verf. bildet zwei Details aus dem Sektionsbefund ab: ein großes Hämatom der Dura mater und eine subperiostale Blutung an der linken Tibia. F.

Alberto Muggia, Sul valore semiotico della cianosi nei bambini. (La Pediatria. November 1907.) Verf. teilt Beobachtungen mit von Zyanose infolge Stenose der Luftwege, Vergiftungen (Antipyrin, Euchinin, ferner einen Fall im Anschluß an schwere gastro-intestinale Störungen) und Zyanose bei Herzfehlern und berichtet über die Blutbefunde bei den einzelnen Kategorien der Zyanose. F.

Olimpio Cozzolino, Sul compartamento del riflesso patellare nette pneumonite lobare nei bambini. (La Pediatria. November 1907.) Unter 26 Fällen wurde der Patellarreflex auf beiden Seiten zweimal, auf einer Seite dreimal vermißt, abgeschwächt gefunden auf beiden Seiten 2 mal, auf einer Seite 3 mal. In sechs Fällen konnte Verf. das Verhalten der Reflexe bis zur Genesung weiter verfolgen und konstatierte, daß er 2 mal sich noch am Tage der Krisis wieder zur Norm herstellte, 1 mal am folgenden und 2 mal

am übernächsten Tage, 1 mal — bei einem rachitischen Kinde — erst 20 Tage nach der Krisis. Als diagnostisches Zeichen für Pneumonie ist das Westphalsche Symptom für sich allein nicht zu verwerten; es kann nur mit anderen beweisenderen Anzeichen zusammen als ein Indizium gelten. F.

Ciro Mauro, Ricerche ematologiche in bambini epilettici. (La Pediatria. November 1907.) Auf Grund von Untersuchungen, die er in 9 Fällen äußerte, kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen normal oder annähernd normal sind. Dagegen besteht Leukozytose, deren Form je nach dem Grade der Erkrankung und dem Augenblick, in dem die Untersuchung vorgenommen wird, verschieden ist. Bei Kindern, bei denen die Anfälle häufig sind, und wenn die Untersuchung bald nach dem Anfall geschieht, besteht Mononukleose und Hypoeosinophilie. Bei leichterer Epilepsie und selteneren Anfällen, wenn die Untersuchung längere Zeit nach dem Anfall geschieht, konstatiert man Polynukleose und erhebliche Hypereosinophilie. F.

C. de Lange, Zur Frage der Herzgeräusche und -töne bei Kindern. (Ned. Tydschrift v. Geneesk. 1907. Bd. I. S. 1702.) Der Ausspruch Hochsingers, daß akzidentelle Herzgeräusche bei jungen Kindern nicht vorkommen, und daß also bei diesen die Anwesenheit eines Herzgeräusches immer auf organische Herzerkrankung hinweist, wird ebenso von autoritativer Seite zugegeben als andererseits widersprochen. Verf. hat schon vor mehreren Jahren sich in dieser Kontroverse ein eigenes Urteil fällen wollen, hat zu diesem Zwecke bei 500 Kindern von zwei Jahren das Herz genau untersucht und ist damals zu dem Schlusse gelangt, daß der Ausspruch Hochsingers nicht richtig sei.

Verf. hat nun auch an einem sehr großen Material (1800 Kindern unter 4 Jahren) sehr minutiöse Untersuchungen angestellt in bezug auf dieselbe Frage, und er kommt zu gleichem Schlusse wie Ref. Aus der fleißigen Arbeit läßt sich folgendes resümieren:

1. Akzidentelle Geräusche bei Fieber und Anämie kommen bei jungen Kindern sehr selten vor.

2. Akzidentelle Geräusche aus unbekannter Ursache, aber am meisten vorkommend bei etwas schlaffen, leicht anämischen Kindern, werden auch vor dem 7. Lebensjahre ziemlich oft angetroffen.

3. Das Punctum maximum bei diesen Geräuschen ist in der Minderheit das Ost. pulmonale, in der Mehrzahl der Fälle am Ost. mitrale.

4. Für die Erkennung der akzidentellen Natur dieser Geräusche ist am meisten von Belang, daß die Lokalisation des Punktes, wo sie am deutlichsten hörbar sind, sehr wechselt, und daß das akzidentelle Geräusch an einem Ostium verschwindet, um an einem anderen aufzutreten. Graanboom.

Mendes de Leon, Zur Ätiologie und Pathogenese der Vulvo-vaginitis infantum. (Ned. Tydschrift v. Geneesk. 1907. II. S. 1526.) M. de L. hat versucht, zu eruieren, welche patho-

logischen Mikroorganismen verantwortlich sind für die Entstehung der nicht-gonorrhoischen Vulvo-vaginitis, der Vulvo-vaginitis catarrhalis, und auch ob diese kontagiös sei.

Schon früher ist durch Comby, Berggrün u. a. auf das Vorkommen einer kontagiösen katarrhalischen Vulvo-vaginitis hingewiesen worden, aber eine bakterielle Untersuchung der Affektion war noch nicht angestellt.

Bei 12 Kindern mit katarrhalischer Vulvo-vaginitis wurde nun 9 mal im Sekret der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden. In 5 Kontrolluntersuchungen bei gesunden Kindern war dieser Mikroorganismus niemals vorhanden.

Zur Beantwortung der Frage, ob der genannte Staphylokokkus das infizierende Agens sei, wurde unter den nötigen Kautelen die Vagina von 6 Kaninchen geimpft. Bei 4 Versuchstieren entstand nach einer Inkubation von 3—10 Tagen eine richtige V.-v. catarrhalis. Merkwürdigerweise aber wurde nur in einem einzigen dieser Fälle der Staphylokokkus im Vaginalsekret zurückgefunden. Aus Kontrollversuchen ergab sich, daß eine mechanische Reizung der Vagina allein nicht imstande war, das Bild der V.-v. zu entwickeln.

M. de L. ist, auf Grund seiner Untersuchungsresultate, der Meinung, daß der gefundene Staphylococcus pyogenes aureus in der Ätiologie der katarrhalischen V.-v. eine bedeutende Rolle spielt, und daß diese Form ebenso kontagiös sei als die gonorrhoische.

Graanboom.

Polak Daniëls, Einige Nachteile der Ophthalmoreaktion von Calmette. (Ned. Tydschrift v. Geneesk. 1908. I. S. 81.) Im Anfange wurde von D. für die Ophthalmoreaktion das Tuberculinum Kochii (Alt) angewendet. Bei 16 Patienten und bei 6 Meerschweinchen, von welchen letzteren 4 sicher tuberkulös waren, war die Reaktion aber stets negativ.

Nachher wurde nun für die Reaktion eine 1 %ige Lösung von Tuberculinum siccum (Höchst) bei 14 Patienten angewendet, unter welchen 8 sicher tuberkulös waren.

Bei diesen letzten war nur 1 mal die Reaktion negativ; bei 2 war sie positiv, bei 2 schwach positiv und bei 1 positiv nach 6 Tagen (dieser Patient war zuvor mit Marmoreks Serum behandelt), bei 1 positiv nach mehr als 6 Tagen.

Von 5 sicher Nichttuberkulösen war 1 mal die Reaktion negativ, bei 3 war sie positiv mit sehr heftiger Konjunktivitis, vergesellschaftet mit Blutungen und Phlyktänen der Konjunktiva.

D. konkludiert, daß weder die positive noch die negative Reaktion Wert hat für die Diagnose, und daß weiter, wegen der Gefahren für das Auge, vor diesem Reagens ernst gewarnt werden muß.

Graanboom.

Eller Höez (Däne), Ein Fall von Obliteration des Ductus choledochus bei einem Säugling. (Hospitalstidende. 1908. Nr. 21.) Kurz nach der Geburt entstand eine Gastroenteritis. Der Säugling wurde, 8 Tage alt, ikterisch; der Stuhl wurde acholisch, da der Knabe

4 Wochen alt war. Es entwickelte sich eine Leberzirrhose mit Aszites, und er starb, 6 Monate alt. Die Sektion ergab Ektasie und Atresie des Ductus choledochus und biliäre Leberzirrhose. Anläßlich des genau beschriebenen Falles bespricht der Verf. die Pathogenese des Leidens, das in diesem Falle einer vom Duodenum aus aszendierenden Entzündung beigelegt wird.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Maurice Péhu et **Joseph Chalier** (Lyon), De la tuberculose humaine congénitale. (Etude critique.) (Archives de méd. des enfants. Nr. 1/2. 1908.) Die Verff. gelangen zum Schlusse, daß die angeborene menschliche Tuberkulose außerordentlich selten ist. Es sind in der Literatur kaum 35 unbestreitbare Fälle vorhanden und es ist hieraus in prognostischer Beziehung der Schluß zu ziehen, daß die Kinder der Tuberkulösen gesund zur Welt kommen und erst später, wahrscheinlich aus der infizierten Umgebung, in der sie leben, den Keim der Krankheit in sich aufnehmen. Möglicherweise haben Kinder tuberkulöser Eltern eine größere Empfänglichkeit für die Krankheit, doch ist noch nicht festgestellt, worin diese angeborene Prädisposition besteht. Jedenfalls muß festgehalten werden, daß auch solche Kinder, falls man sie ferne von ihrer Familie aufzieht und ein entsprechendes hygienisches Leben führen läßt, vollkommen gesund bleiben können. Man wird nicht tuberkulös geboren, dies ist der Satz, der die Ergebnisse der interessanten Studie zusammenfaßt. Nichtsdestoweniger ist die Möglichkeit einer intrauterinen Übertragung der Tuberkulose wissenschaftlich mit Sicherheit festgestellt. Hierzu ist es meist notwendig, daß eine weit fortgeschrittene mütterliche Tuberkulose besteht. Oft findet man Miliartuberkulose oder Tuberkulose des weiblichen Genitales. Die hereditäre Tuberkulose greift meist die kindliche Leber an, doch geht sie dann auch auf andere Organe über; die Lungen sind entweder ganz unberührt oder nur wenig tuberkulös erkrankt.

E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Hématome obstétrical du sterno-mastoidien. (Archives de méd. des enfants. Janvier 1908.) Der Verf. bringt die Krankengeschichten von 4 Kindern im Alter von 1, 6, 10 Monaten und 4 Jahren, bei welchen sich nach einer schweren Steißgeburt ein Hämatom des Sternokleidomastoideus entwickelt hatte. Nur bei letzterem Kinde war die Affektion jahrelang unverändert geblieben und hatte schließlich zur Entwicklung eines Tortikollis Veranlassung gegeben, während bei den anderen die Vornahme von Massage mit auflösenden Salben (Jodkali, Ung. cinereum) genügten, um ein vollständiges Verschwinden der betreffenden Geschwülste herbeizuführen. Wie schon von Henoch hervorgehoben worden ist, handelt es sich bei dieser Affektion um einen Bluterguß in den Sternokleidomastoideus infolge von Zerrung oder teilweiser Zerreißung desselben, wie dies durch kräftigen Zug bei schweren Geburten hervorgerufen werden kann. Meist handelt es sich um Steißgeburten, bei welchen die Entwicklung des Kopfes eine schwierige war, oder um Kopflagen mit schwieriger Entwicklung der Schultern. Es ist von praktischer

Wichtigkeit, den Zustand zu kennen, um ihn nicht mit angeborenem Tortikollis zu verwechseln, wie dies noch oft geschieht.

E. Toff (Braila).

F. de Lapersonne, L'ophtalmoréaction présente-t-elle quelques dangers pour l'oeil? (La Presse médicale. Nr. 99. 1907.) Die Untersuchungen verschiedener Forscher haben gezeigt, daß die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin ein wertvolles Mittel ist, um beginnende oder leichte Formen von Tuberkulose, die sonst keine besonderen klinischen Erscheinungen machen, diagnostizieren zu lassen. Die Wirkung ist eine viel sicherere und gegenüber der Cutisreaktion auch eine weniger gefährliche. Nichtsdestoweniger darf man nicht annehmen, daß die Einträuflung von Tuberkulin ins Auge ein vollkommen gleichgültiger Vorgang für das betreffende Organ darstelle. Es kommen, wenn auch relativ selten, schwere konjunktivale Reizungen zur Beobachtung, für deren Heilung längere Zeit notwendig ist, auch ulzeröse Keratitis kann als Spätreaktion auftreten.

Wenn also die Anwendung der Methode bei gesunden Augen eine gewisse Vorsicht erheischt, so muß dieselbe um so größer sein, wenn es sich um bereits kranke Augen handelt. Namentlich sind es Reizungen und Erkrankungen der Hornhaut und der Konjunktiva, die durch Tuberkulineinträuflungen oft in ganz erheblichem Maße gesteigert werden. Der Verf. bringt einige Krankengeschichten, die das Erwähnte näher illustrieren. Es folgt hieraus, daß, obzwar die Methode keine Gefahr für das Auge in sich schließt, doch die Anwendung derselben mit einer gewissen Vorsicht vorzunehmen ist. Man soll immer eine genaue Untersuchung der Augen vorangehen lassen und bei Erkrankungen derselben, selbst wenn es sich um die Differentialdiagnose derselben handelt, keine Tuberkulininstillationen vornehmen. Auch bei bejahrten Personen soll die Ophthalmoreaktion nicht vorgenommen werden, da bei denselben die Resultate viel unsicherere sind, als bei jüngeren Personen und namentlich bei Kindern, und außerdem hervorgerufene Reizungen viel schwerer heilen.

E. Toff (Braila).

René Hayes, Enquète sur le traitement actuel de la gibbosité du mal de Pott. (Thèse de Paris. 1908.) Der Verf. hat namentlich durch Studium der Literatur und durch Umfrage bei verschiedenen Chirurgen die Behandlung der Pottschen Krankheit einer näheren Kritik unterworfen und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Die von Calot empfohlene und geübte gewaltsame Redressierung der Gibbosität hat den Erwartungen keineswegs entsprochen und ist auf dem Wege, vollständig verlassen zu werden. Wenn auch in manchen Fällen eine rasche Besserung erzielt wird, so sind doch die späteren Resultate der Behandlung, namentlich die langjährige Anwendung des Liegebettes, keineswegs ermunternde. Hingegen ist die langsame Redressierung viel eher imstande, gute Resultate zu ergeben, doch ist die Prognose von der Möglichkeit, den Grundprozeß in günstiger Weise zu beeinflussen, abhängig. In dieser Beziehung müssen noch die Resultate der Laboratoriumsarbeiten, die vielleicht ein spezifisches

Mittel zur Heilung der tuberkulösen Herde ergeben könnten, abgewartet werden. E. Toff (Braila).

J. Rabère, Le venin des serpents, Sérothérapie antivenimeuse. (Journ. de méd. de Bordeaux. 1907. 10. Februar.) Ein 9jähriger Knabe wurde am 29. August 1906 abends von einer Viper in den Fuß gebissen. In der nächsten Apotheke wurde der Fuß abgeschnürt und die Wunde erst mit Ammoniak, dann mit Kal. permang. verbunden. Bald stellte sich Ödem des ganzen Unterschenkels ein. 3 Stunden später Inzision der Wunde, die man bluten läßt, worauf Kompressen mit Kal. permang. erst applziert werden. Der Allgemeinzustand verschlimmert sich jedoch, das Ödem breitet sich weiter aus. Abgeschlagensein und Erbrechen gesellt sich hinzu. Temperatur 36,2°. 18 Stunden nach der Verletzung wurden 7—8 ccm Calmettesches Serum injiziert, am 30. August 10 ccm. Rasche Besserung und Heilung. H. Netter (Pforzheim).

Lecomte, Kongenitale paroxysmale Zyanose. (La clinique infantile. 1907. April. Nr. 8.) Verf. beschreibt 2 Fälle: 1. Ein $3^1/_2$ jähriges Kind, das seinen ersten Anfall bekam, als es 3 Jahre 5 Monate alt war. Seitdem hat sich der Paroxysmus häufig wiederholt, mit plötzlichem Beginn, ohne erkennbare Ursache. Das Kind klagt oft über Schmerzen in den Beinen. Kein Aufschreien. Wenn allein, lehnte sich das Kind irgendwo an oder legte sich nieder, war die Mutter dabei, so stieg es ihr auf den Schoß, plötzlich wurde es dann blau, Wangen, Lippen und Ohren „schwarz wie Tinte“, die Augen halb geschlossen und feucht. Das Kind matt und nur halb bei Bewußtsein. Atmung geräuschvoll und mühsam. Nach 2—3 Minuten war der Anfall vorbei. Krämpfe waren niemals dabei, und der Anfall war auch noch nie im Schlaf gekommen. Ein lautes, schabendes, systolisches Geräusch markierte den zweiten Ton, sein Maximum im zweiten linken Interkostalraum, gegen das linke Schlüsselbein fortgeleitet. — Der 2. Fall betraf ein $4^1/_2$ Jahre altes Kind mit Transpositio viscerum, lautem systolischen Geräusch im zweiten rechten Interkostalraum, das nur schwach nach dem Schlüsselbein zu fortgeleitet wurde. Die Anfälle hatten im 2. Lebensjahr begonnen und waren von Hustenanfällen begleitet; im übrigen hatten sie den gleichen Charakter wie in dem erst beschriebenen Falle.

H. Netter (Pforzheim).

E. W. S. Carmichaul und **H. Wade,** Primäres Lebersarkom bei einem 4monatigen Kinde. (Lancet. 1907. 4. Mai.) 14 Tage vor der Aufnahme in das „Royal Hospital for Sickchildren“ hatte die Zunahme des Leibesumfangs eingesetzt unter äußerst schneller Zunahme in den letzten 8 Tagen. Es ergab sich in Nabelhöhe ein Umfang von $52^1/_2$ cm. Temperatur normal, 4 000 000 rote : 24 000 weiße Blutkörperchen, ohne relative Vermehrung der Zahl der oder jener Leukozytenformen. Der Zustand verschlechtert sich rapid, 3 Tage nach der Aufnahme betrug der Leibesumfang schon 57 cm. Die Leber reichte bis in die rechte Darmbeingrube. In der Annahme einer entzündlichen Natur der Lebervergrößerung und in Anbetracht der beun-

ruhigenden Atmungsstörungen wurde die Laparotomie gemacht, die eine Neubildung ergab. 12 Stunden nach dem Eingriff trat der Tod ein. Die Autopsie ergab ein primäres Sarkom, das die Leber fast in ihrer ganzen Totalität einnahm; nur noch sehr wenige Leberzellen waren vorhanden und diese waren im vorgeschrittensten Zustand fettiger Degeneration. — Bemerkenswert an dem Falle ist, daß trotz dieses ausgedehnten pathologischen Prozesses intra vitam weder Ikterus noch Aszites vorhanden waren. Das dominierende klinische Symptom war lediglich eine rapide Zunahme des Leibes. Die Literatur verzeichnet analoge Beobachtungen von Heaton und Hewlett, wo es sich um 8 bzw. 14 Wochen alte Kinder handelt, ferner solche von Lendrop und de Haan (4 Monate altes Kind). H. Netter (Pforzheim).

Alexander Don, Tuberkulöse Meningitis bei einem Knaben, mit Tuberkulin behandelt, Heilung, Rezidiv und Tod. (British medical Journal. 1907. 8. Juni.) $8\,^3/_4$ jähriger Knabe; in der Familie keine Tuberkulose. Kurz vorher an einer diphtherischen Angina erkrankt, hatte der Knabe etwa 1 Woche nach der Injektion ein allgemeines Krankheitsgefühl und legte sich ins Bett. Große Schwäche, Puls 120, kein Fieber. Bald darauf Kopfschmerzen und wiederholtes Erbrechen, frequenter Puls, Photophobie, Retraktion des Leibes. Rapide Verschlimmerung; man konstatiert eine ziemlich ausgesprochene Parese der linken Seite: Puls 48, schwach und unregelmäßig. Hypothermie, paroxysmale Zephalalgie. Am 11. Januar ist der linke Arm völlig gelähmt. Versuchsweise erhält der Kranke eine subkutane Injektion Tuberkulin (1 mg Tuberkulin T. R. Höchst). Am 22. nachts heftiger Kopfschmerz, Puls 58, Temperatur 36,5°. Am 28. wird eine seit mehreren Tagen bestehende Besserung vermerkt. Dann Rückkehr der gleichen Krankheitserscheinungen, am 5. Februar neue T. R.-Injektion. Vom 12. Februar ab deutliche Besserung. Nach einer langen Remission setzt am 15. März von neuem Kopfschmerz ein, dann folgt Erbrechen usw. Am 2. April wieder eine T. R.-Injektion (1 mg). Dann, nach einem wechselvollen Verlauf, tritt allmählich Bewußtlosigkeit und am 19. April der Tod ein.

H. Netter (Pforzheim).

L. Guthrie und **W. d'Este Emery,** Vorzeitige Obesitas und Hirsuties. (Brit. med. Journ. 1907. 18. Mai.) Die beiden Autoren schilderten in der Sitzung der Clinical Society in London am 10. Mai folgende 2 Fälle: 1. Ein Knabe im Alter von $3\,^3/_4$ Jahren von ca. 85 cm Körperlänge und fast 30 kg Gewicht zeigte ein starkes allgemeines Wachstum der Haare und Fettansammlung, namentlich an den Wangen und Brüsten. Die Genitalorgane waren dagegen nicht auffallend entwickelt. Nach dem an Lungentuberkulose erfolgten Tode wurde ein linksseitiges Hypernephrom gefunden. Mikroskopisch bestand es hauptsächlich aus nekrobiotischer Kortikalsubstanz mit vielen Riesenzellen. Es handelte sich wahrscheinlich um ein Karzinom, aber ohne Infiltration und Metastasen. — Der zweite Fall betraf ein $3\,^1/_2$ jähriges Mädchen, 75 cm groß und 37 Pfund schwer. In 3 Monaten hatte es um 1 Zoll und an Körpergewicht um 6 Pfund zugenommen, Leibumfang 26 Zoll, Oberschenkelumfang 13 Zoll; die

allgemeine Fettansammlung mit den hängenden Mammae gab dem Mädchen das Aussehen einer 50jährigen Frau. Pubes schon mit 3 Jahren, aber die Genitalorgane waren nicht abnorm entwickelt. Die Sektion ergab zwar keine Neubildung, aber die Nebennieren wurden auch mikroskopisch nicht untersucht. Bei beiden Kindern war der Puls intermittierend, die Intelligenz jedoch gut. Die von Bulloch und Sequeira gesammelten Fälle zeigten allgemeine Obesitas in der Majorität; 9 von ihren Fällen waren Mädchen und 2 Knaben. In 12 Fällen saß der Tumor rechts, in 2 links. — In der Diskussion über den Vortrag erwähnte R. Johnson ein ähnliches Verhalten bei einem 14jährigen Knaben, der eine mächtige Muskulatur hatte. Er ging langsam an einem großen Peritheliom der einen Nebenniere zugrunde. — J. D. Walcolm berichtete von einer 50jährigen Frau mit Bart, bei der eine große Geschwulst der Nebennieren entfernt wurde.

H. Netter (Pforzheim).

William S. Gottheil, Chancre of the penis in a boy of nine Years. (The New York Port Graduate. März 1908.) Verf. berichtet über den ungewöhnlichen Fall von syphilitischem Schanker am Penis eines völlig unschuldigen, nicht frühreifen Knaben. Nachdem man den Arzt auf verschiedentliche Weise zu täuschen versucht hatte, stellte sich endlich heraus, daß ein älterer Mitschüler den Penis des nichts ahnenden Kindes in seinen mit syphilitischen Exanthemen behafteten Mund gesteckt hatte. — Trotzdem es sich klar bewies, daß in der betreffenden Schule perverse Gewohnheiten verbreitet waren, machte doch die Vertuschungssucht der Eltern und Behörden es dem Verf. unmöglich, diesen unerhörten Vorkommnissen Einhalt zu tun.

Max Joseph (Berlin).

G. Miron und **Ecaterina Arbore** (Bukarest), Die Sterblichkeit der Kinder der Landbevölkerung. (Revista stiintzelor medicale. Oktober/November. 1907.) Die Sterblichkeit der Kinder der ländlichen Bevölkerung Rumäniens ist eine außerordentlich große. Namentlich ist die Sterblichkeit der Säuglinge eine viel größere als in anderen Ländern und auch eine unvergleichlich größere als diejenige der gleichalterigen Kinder in den rumänischen Städten. Unter den Todesursachen findet man in erster Reihe den Tetanus neonatorum, dann kongenitale Schwäche, Gastroenteritis und Bronchopneumonie. In der zweiten Kindheit sind es hauptsächlich die infektiösen Krankheiten, wie Diphtherie, Skarlatina, Masern und Keuchhusten, später die sich immer mehr und mehr verbreitende Tuberkulose, welche zahlreiche Opfer fordern. Als Gründe dieser traurigen Zustände führen die Verff. an: die prekären ökonomischen Verhältnisse der Bauern, ihre Ignoranz und althergebrachten Vorurteile. Auch die noch immer spärliche und schwer zu erlangende ärztliche Hilfe, sowie auch die ungenügende Anzahl diplomierter Hebammen auf dem flachen Lande dürften beim Zustandekommen der erwähnten Mortalität eine wichtige Rolle spielen.

Zur Abhilfe empfehlen die Verff. zahlreiche Maßregeln, von denen manche bereits von der jetzigen Regierung in Angriff genommen worden sind und baldigst gesetzlich in Kraft treten werden. So z. B.

eine bessere Entlohnung der Feldarbeit, Verpachtung der staatlichen Güter direkt an die Bauern, gesetzliche Regelung der Frauenarbeit, Vermehrung der Schulen, Verbesserung der Verwaltung, Schulung der Massen durch populäre Vorträge, Errichtung von Kinderbewahranstalten, in welchen die Kinder der Feldarbeiter unter Aufsicht bleiben sollen, während ihre Eltern bei der Arbeit sind, Vermehrung der Ärzte, der Krankenhäuser, der Dispensarien und Hebammen auf dem flachen Lande u. a. E. Toff (Braila).

Gr. Râmniceanu und **T. Duce** (Bukarest), Pustula maligna. (Spitalul. Nr. 2. 1908.) Es handelte sich um ein 3jähriges Kind, welches an einer Anthraxpustel in der Nähe des rechten äußeren Augenwinkels erkrankt war. Das umgebende Ödem war derart bedeutend, daß es bis auf die Brust hinabreichte, die ganze rechte Gesichtshälfte einnahm und auch auf die Augenlider derselben Seite übergegriffen hatte, so daß dieselben gar nicht geöffnet werden konnten. Die Behandlung bestand darin, daß mit dem Thermokauter mehrfache Durchstechungen des erkrankten Gewebes vorgenommen und ein antiseptischer Verband angelegt wurde. In den folgenden Tagen wurden in der Umgebung der Geschwulst Einspritzungen von je 3 ccm 2 $^0/_0$ iger Jodnatriumlösung vorgenommen. Die Temperatur sank ab, das krank gewesene Gewebe stieß sich nekrotisch ab und innerhalb 19 Tagen konnte vollkommene Heilung erzielt werden, doch verblieb ein leichtes Ektropium des rechten unteren Augenlides. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung am 10. Mai 1907.

1. Fromm demonstriert den früher vorgestellten Fall von **kongenitaler Myxidiotie**, der durch 5monatliche Thyreoidinbehandlung (0,1 Borrough-Wellcome pro die) auffallend gebessert wurde.

2. Derselbe bespricht 3 **diagnostisch interessante Fälle von Laparotomien.**

a) Ein 10jähriges Mädchen mit über gänseeigroßem, prall elastischem fluktuierendem, schmerzhaftem, sehr beweglichem Tumor in der linken Abdominalhälfte. Hydronephrose und Ovarialzyste auszuschließen. Differentialdiagnose zwischen Zyste des Mesenteriums und Zyste des Netzes, letztere wegen der großen Beweglichkeit als am wahrscheinlichsten angenommen. Die Laparotomie ergab, daß es sich um eine in beide Blätter des **Dünndarmmesenteriums** hineinentwickelte, **kindskopfgroße Zyste** handelte, mikroskopisch eine einfache Bindegewebszyste, deren Wand aus einem sehr derben, straff-faserigen Bindegewebe mit relativ vielen und weiten Blutgefäßen besteht und keine besondere Innenauskleidung wahrnehmen läßt. Pat. seither ($^1/_4$ Jahr) beschwerdefrei.

b) Ein 2jähriges Mädchen erkrankte unter den typischen Symptomen einer von einer Appendizitis ausgehenden Peritonitis. Bei der Laparotomie die Appendix vollkommen frei, dagegen ein großes **Divertikel der Harnblase**, durch frische perito-

nitische Verwachsungen abgeknickt. Wegen mehrmaligen Kollapses während der Narkose keine Radikaloperation, sondern nur palliatives Verfahren. Rasche Erholung unter Kochsalzinfusionen. Kind nach der Operation fieberfrei. 2 Tage lang war der Urin blutig. Im Laufe des nächsten halben Jahres noch zweimal leichtere, rasch beendete peritonitische Reizsymptome, eine Abknickung des Divertikels mit alarmierenden Symptomen ist nicht wieder aufgetreten.

c) Ein 10 jähriger Junge hatte häufig unter fieberhaften, zuweilen von Erbrechen begleiteten, meist in der rechten Fossa iliaca lokalisierten, krampfartigen Schmerzattacken zu leiden. Im Abdomen waren derbe, in ihrer Lokalisation wechselnde, auf Druck sehr empfindliche Knoten fühlbar. Das Kind magerte zusehends ab. Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser Peritonitis mit eventueller Stenosierung und Abknickung des Darmes und **retroperitonealer Lymphdrüsentuberkulose** in suspenso.

Die Probelaparotomie ergab das Vorliegen der letzteren Affektion. Auch nach der Operation zeitweilige Wiederkehr der geschilderten, rasch beendeten Schmerzattacken, die einem anderen Kollegen einmal sogar die Indikation zur schleunigen Appendizitisoperation nahelegten.

3. Mennacher demonstriert:

a) Ein beiderseitiges **Iriskolobom** bei Mutter und Kind.

b) 2 Fälle von **Favus** bei zwei Brüdern im Alter von 7 und 8 Jahren; Besprechung der Fluoreszenzbehandlung nach Tappeiner-Jodlbauer.

c) 3 jähriges Mädchen mit **Urticaria pigmentosa**, seit den ersten Lebenswochen bestehend, Stamm und Extremitäten dicht besetzt mit gelblichbraunen Pigmentflecken, auf welchen zum Teil frische Urtikariaeffloreszenzen sitzen.

d) 2 Fälle von **Dystyreoidie** bei zwei Cousinen mit Struma. Bei der einen Symptome von Myxidiotie, bei der anderen von Infantilismus. Der Blutbefund ergab auffallende Rückständigkeit und Annäherung an den Säuglingstypus.

Diskussion: Moro, Uffenheimer, Pfaundler.

4. Uffenheimer demonstriert:

a) Einen 8 Monate alten **Säugling mit hereditärer Lues**. Bemerkenswert an dem Falle ist eine sehr frühzeitig aufgetretene Sehnervenatrophie, offenbar einsetzend nach einer Entzündung der Scheiden des Nerv. opticus. Die Lichtempfindung ist gut. Die Prognose nicht völlig infaust. Vortr. geht näher auf die entzündlichen Veränderungen der Sehnerven bei hereditärer Lues ein und erinnert daran, daß kürzlich Oberwarth sie als ein Frühsymptom der hereditären Lues — vor Auftreten irgendwelcher anderer Symptome — bezeichnet hat.

b) Ein nunmehr über 1 jähriges 9600 g schweres Kind, das im Alter von 11 Wochen an typischer schwerer **spastischer Pylorusstenose** gelitten hat. Das Kind wog damals 2950 g; unter $^1/_3$ Milch, dann Buttermilch, in kurzer Zeit rapide weitere Gewichtsabstürze. Auch nach Frauenmilchdarreichung zunächst noch starkes Absinken des Gewichtes bis 2440 g, dann 1 Woche lang Stillstand des Gewichtes, endlich ziemlich rasche Zunahme. Die Beobachtung dieser Gewichtskurve weist wieder darauf hin, daß in solchen Fällen nach Darreichung einer neuen Nahrung das Gewicht noch lange nicht anzusteigen braucht. Wechsel der Nahrung nach wenigen Tagen, nur weil noch Gewichtsabnahmen vorhanden sind, ist deshalb zu perhorreszieren. Das gesamte klinische Verhalten des Kindes ist bei derartigen Maßregeln mit zu berücksichtigen.

Den besten therapeutischen Einfluß auf die Erkrankung zeigten die ausgiebig vorgenommenen Magenspülungen.

Diskussion: Pfaundler.

Hecker (München).



Freie Vereinigung für wissenschaftliche Pädiatrie.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Vorsitzende: Heubner (Berlin) und Czerny (Breslau).

Schriftführer: Langstein (Berlin).

(Schluß.)

Klotz (Magdeburg): **Ernährungserfolge mit Yoghurtmilch.** Ein gesunder Säugling hat Yoghurtmilch und Laktobazillin nicht nötig. Es darf nicht vergessen werden, daß bei dieser Ernährung schädliche Keime in die Milch geraten können. Daß pathogene Keime in ihrer Entwicklung gehindert werden, ist nicht richtig. Mit gutem Gewissen darf man die Ernährung nur dann versuchen, wenn man täglich Geruch, Geschmack und Gesamtazidität kontrolliert und ein Ausstrichpräparat macht. Rechnet man dazu die umständliche Art der Bereitung, so ist der Schluß verständlich, daß die Ernährung mit Yoghurt nur ins Krankenhaus gehört. Ohne Erfolg ist die Ernährung bei akuten Ernährungsstörungen, bei chronischen Ernährungsstörungen ist manchmal ein Erfolg zu erzielen, der jedoch selten von Dauer ist. Nach Fehlschlagen aller anderen Präparate kann man demnach in chronischen Fällen Ernährungsversuche mit Yoghurt machen. Unter Umständen wird das Säuglingsekzem günstig beeinflußt. Die Rachitis wird meist ungünstig beeinflußt.

In der Diskussion fragt Carstens (Leipzig) nach der Wirksamkeit der Yoghurttabletten. Sie haben sich ihm in Fällen von allgemeiner Furunkulose bewährt. Klotz (Magdeburg) leugnet ihre Wirksamkeit.

Rott (Berlin): **Histologische Veränderungen bei Säuglingsazidose.** Demonstrationen von Präparaten, die zeigen, daß die Lebern an akuter Ernährungsstörung zugrunde gegangener Säuglinge sauer reagieren. In einem Falle von Pylorusstenose, bei dem das Kind an reiner Inanition zugrunde ging, war die sauere Reaktion nicht so ausgesprochen. Es scheint demnach, daß Hungerazidose und Azidose bei akuten Ernährungsstörungen verschiedene Begriffe sind. Die chemische Untersuchung muß sich von jetzt ab auf die Organuntersuchung der an akuten Ernährungsstörungen zugrunde gegangenen Säuglinge erstrecken, die vielleicht ebenso zur Aufklärung führen wird, wie beim Coma diabeticum.

Grosser (Berlin): **Chemismus bei Pylorusstenose.** Mitteilung der chemischen Untersuchung eines Falles, bei dem sich hochgradige Azidität des Mageninhaltes und hohe Werte für freie Salzsäure, jedoch nicht die von Tobler beschriebene elektive Stagnation des Fettes fand. G. spricht sich für die Theorie Ibrahims beim Zustandekommen des Pylorusverschlusses aus.

Reyher und Helmholz (Berlin): **Demonstration zur Myatonia congenita.** Im Gegensatz zu Bing, der fast normale histologische Struktur an einem in vivo exzidierten Muskelstück fand, und in teilweiser Übereinstimmung mit Spiller fanden R. und H. in einem schweren, zur Sektion gekommenen Falle neben Partien normaler Muskulatur mehr oder weniger hochgradige Veränderungen (am stärksten an den unteren Extremitäten), undeutliche oder aufgehobene Querstreifung, verschiedene Dicke der Muskelfasern, stellenweise Unterbrechung der Muskelfasern durch reichliches, kernreiches Bindegewebe und Fettgewebe. Demonstration.

In der Diskussion meint Tobler, daß bei den Widersprüchen in der Literatur dieser Fall zur Klärung noch nicht genügt.

Heubner hält die Möglichkeit offen, daß unter dem Begriff der Myatonie verschiedene Krankheitsbilder zusammengefaßt werden.

Helmholz meint, daß aus der Untersuchung eines kleinen in vivo exzidierten Muskelstückes noch keine Rückschlüsse gezogen werden dürfen.

Reyher betont, daß es sich in diesem Falle unbestreitbar um Veränderungen, wie bei schwerer progressiver Muskelatrophie gehandelt habe.

Brüning (Rostock): **Demonstration von Saugflaschenmodellen.**

Bahrdt (Berlin): **Demonstration zur Untersuchung der Lipämie beim Säugling.** B. hat in ähnlicher Weise, wie das gleichzeitig Schelble getan hat, die Verdauungs-

lipämie untersucht. Man kann die Trübung des Serums sehr gut erkennen und quantitativ schätzen, wenn man einen Tropfen Blut in den U-förmigen Neisserschen Röhrchen entnimmt, eine Stunde koagulieren läßt und dann kurz zentrifugiert. Der zeitliche Ablauf der Lipämie ist sehr konstant. Sie beginnt nach einer Milchmahlzeit bereits nach einer Stunde, also früher als beim Erwachsenen und erlischt allmählich nach 7—9 Stunden. Es besteht also beim gesunden Säugling tagsüber dauernd eine Lipämie, die bei Ernährung mit Frauenmilch sehr intensiv ist. Das Serum sieht oft milchweiß aus. Die Feststellung von Neisser und Bräuning, daß die Verdauungslipämie nur nach Fettaufnahme sich findet, trifft auch beim Säugling zu. Bei Atrophie oder Enterokatarrhen kann die Verdauungslipämie fehlen oder sehr herabgesetzt sein. Es muß noch untersucht werden, inwieweit der sichtbare Gehalt des Blutes an Fett dem absoluten Fettgehalt entspricht.

Bahrdt (Berlin): **Zeitliche Stickstoffausscheidung bei Ernährung mit verschiedenen Eiweißkörpern.** Da Verschiedenheiten der Eiweiße und Verschiedenheiten ihres Schicksales im intermediären Stoffwechsel im zeitlichen und qualitativen Verlauf der Stickstoffausscheidung zum Ausdruck kommen, sollte untersucht werden, ob sich vielleicht auch arteigenes und artfremdes Kasein verschieden verhalten. Es wurden beim Säugling 9 Versuche angestellt, bei denen die Stickstoffausscheidung in zweistündlichen Perioden während des der Nahrungsaufnahme folgenden Tages verfolgt wurde (1 mal bei Hungerdiät, 3 mal bei Frauenmilch, 2 mal bei Superposition von 8 g Frauenmilchkasein, 2 mal von Kuhmilchkasein und 1 mal von Kuhlaktalbumin). Die Superposition ergab deutliche Vermehrung der Stickstoffausscheidung am ersten Tage, aber keine ins Gewicht fallenden und eindeutigen Verschiedenheiten zwischen den Kaseinkurven.

In der Diskussion zu den beiden Vorträgen gibt Vogt seiner Verwunderung über das frühzeitige Auftreten der Lipämie Ausdruck.

Rosenstern berichtet, in einem Fall noch nach 24stündiger Hungerdiät trübes Serum gefunden zu haben, möglicherweise entstammte das Fett dem Fetttransport durch die fettige Degeneration.

Langstein (Berlin) warnt davor, jede Trübung des Serums auf die Anwesenheit von Fett zu beziehen, da die Versuche von Klemperer ergeben haben, daß es sich auch um Cholesterin handeln könne. Er beleuchtet die Versuche Bahrdts über zeitliche Stickstoffausscheidung, die ebenfalls die Lehre vom Eiweißnährschaden in der ursprünglichen Form nicht zu stützen vermögen, die ja nun offenbar von ihren Anhängern zugunsten neuer, unbewiesener Hypothesen (Kenotoxin) verlassen werden. L. kommt schließlich auf die chemischen Verschiedenheiten der beiden Kaseine zu sprechen, wendet sich gegen die Schlüsse, die Bienenfeld aus ihren Versuchen gezogen hat und betont, daß die demnächst zur Publikation gelangenden Untersuchungen über das Frauenmilchkasein, die er gemeinsam mit Bergell ausführte, ergeben haben, daß das Frauenmilchkasein einen viel geringeren Phosphorgehalt besitzt, als das Kuhmilchkasein.

W. Freund (Breslau): **Zur Pathologie des Längenwachstums bei Säuglingen.** Es wurden an etwa 50 Säuglingen durch das erste Lebensjahr hindurch regelmäßige Längenmessungen angestellt und in das gleiche System wie die Körpergewichtskurven kurvenmäßig eingezeichnet. (Demonstration.) Es ergab sich, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle normale oder fast normale Längenwachstumskurven beobachtet werden, auch dann, wenn der Gewichtsverlauf infolge akuter oder chronischer Ernährungsstörungen ein unbefriedigender war. Vielleicht wird hierdurch die bei der Stoffwechseluntersuchung so häufig gefundene Stickstoffretention auch bei nicht zunehmenden Kindern verständlich. Andererseits kamen schwere Störungen des Längenwachstums zur Beobachtung bei rezidivierenden Pneumonien, Tuberkulosen und sonstigen Ernährungsstörungen ex infectione. Auch ein Fall von Barlowscher Krankheit zeigte vorübergehend einen fast vollständigen Stillstand des Längenwachstums. In physiologischer Beziehung ergab sich die Gesetzmäßigkeit, daß das Längenwachstum im ersten Lebenshalbjahr desto lebhafter ist, je geringer die Körperlänge bei der Geburt. Hierdurch fällt vielleicht in gewisser Hinsicht Licht auf den höheren Energiebedarf debiler Kinder.

Nöggerath (Berlin): **Demonstration der Wrightschen Opsonintechnik bei Tuberkulose.** Kurzer Überblick über die Theorie. Demonstration der Technik. Erfolge sind nur bei strenger Einhaltung aller methodischen Detailvorschriften zu erwarten.

L. F. Meyer (Berlin) und Rietschel (Dresden): **Giftwirkung und Entgiftung des Kochsalzes bei subkutaner Infusion.** 30—40% der Säuglinge reagieren auf subkutane Kochsalzinfusion mit Temperatursteigerung. In 20% aller Fälle konnten die Autoren durch zweiwertige Rationen das Fieber aufheben: es entspricht das den Loebschen Versuchen. Bei Infusion von Loebscher Lösung haben M. und R. auch manchmal Fieber auftreten sehen, auch bei Infusionen von destilliertem Wasser, doch erst nach viel längerer Zeit. Zur Erklärung nehmen die Autoren eine spezifische Reizwirkung und lokale Schädigungen an.

IV. Neue Bücher.

Dr. W. A. Lay, **Experimentelle Pädagogik mit besonderer Rücksicht auf die Erziehung durch die Tat.** (Aus Natur und Geisteswelt. Nr. 224.) Verlag von Teubner.

Bei dem großen Umfang, den die experimentell psychologischen und besonders die experimentell pädagogischen Arbeiten in den letzten 15 Jahren annehmen, muß auch der Kinderarzt anfangen, sich für diesen neuen wissenschaftlichen Zweig zu interessieren. Deshalb sei es dem Referenten gestattet, etwas ausführlicher das kleine Werk von Lay zu besprechen. Es zeugt von großem Geschick des Verf., daß er das ausgedehnte Gebiet auf so wenigen Seiten so erschöpfend darzustellen verstanden hat. Er gibt einen kurzen Abriß zur Entwicklungsgeschichte der experimentellen Pädagogik, belehrt uns in knappen, scharfen Strichen über neue Forschungsmethoden, das Arbeitsfeld und Arbeitsziel dieser jungen Wissenschaft. Die „neue" experimentelle Pädagogik setzt sich nicht in Gegensatz zur „alten". Alte und experimentelle Pädagogik unterscheiden sich vor allem in der Methodik der Forschung. Die experimentelle Pädagogik ergänzt und vertieft die alte, indem sie die induktiven Methoden der modernen Naturwissenschaft, die Statistik und das Experiment anwendet. „Die experimentelle Pädagogik kann auf Erfolge hinweisen, welche die alte Forschungsmethode, der pädagogische Takt, das Fachwissen, die langjährige Praxis, die Intuition von hervorragenden Pädagogen im Verlaufe von Jahrhunderten nicht zu erreichen vermochten." Lay stellt dann sein pädagogisches Grundprinzip auf: Kein Eindruck ohne Ausdruck. Jedes Empfinden und Anschauen, jedes Vorstellen und Denken, jedes Fühlen und Wollen hat das Bestreben, in eine Bewegung überzugehen. „Es ist eine motorische Erziehung, eine Pädagogik der Tat vonnöten." Wenn nun auch diese scharf durchgeführte Aktivtheorie Lays von vielen Autoren (Dürr, Neumann u. a.) als übertrieben bekämpft wird, so ist doch ihr Kern ein guter. Lay verlangt in der Schule: Modellieren in Sand, Ton, Plastilina; Experimentieren in Naturgeschichte, Physik, Chemie usw.; perspektivisches Zeichnen und Malen; sprachliche Darstellung (Deklamieren und dramatische Darstellung); Gesang und Musik, Spiel, Tanz, Turnen und Sport. Die zahlreichen eingeflochtenen Bemerkungen über die Entwicklung der Kinderpsyche machen Lays Ausführungen noch wertvoller. Er behandelt dann 1. die individualen, 2. die naturalen und 3. die sozialen Faktoren der Erziehung. Ad 1 bespricht er kurz das Verhältnis von Länge, Gewicht, Muskelkraft, Kopfmaßen und Intelligenz. Die Schüler mit besserer körperlicher Entwicklung weisen im Durchschnitt auch bessere intellektuelle Leistungen auf. Ad 2 weist er auf die jährlichen Schwankungen der Längen- und Gewichtszunahme, auf die jährlichen Schwankungen der Aufmerksamkeit, der psychophysischen Energie und psychischen Kapazität hin. Er erwähnt die täglichen Schwankungen der psychophysischen Energie, die Ermüdungsmessungen usw. Ad 3 erwähnt er unter anderem den Schlaf, den Alkoholmißbrauch, die gewerbliche Kinderarbeit und macht einige kurze Bemerkungen über die Koedukation.

Der zweite Teil des Buches ist der genaueren Untersuchung zum „pädagogischen Grundprinzip" gewidmet. Mit meisterhafter Kürze berichtet uns Lay über die Beobachtung (Eindruck), über Interesse und Aufmerksamkeit, über die Kinderfrage und die Nachahmung. Er spricht über das interessante Kapitel des „Vorstellungskreises" der Schulrekruten und streift kurz die Gesichts-, Gehörs-,

Tast-, Bewegungs-, Gefühls- und Geschmackswahrnehmungen und vergißt dabei nicht zahlreiche Literaturangaben. Bei den **Untersuchungen über die geistige Verarbeitung** gibt Lay eine historische Skizze über das **Gedächtnis**, die **Vorstellungstypen** und die **Vorstellungsverknüpfung** und erwähnt auch die neuesten Arbeiten bis 1907. Alle Autoren stimmen darin überein, daß sich das „unmittelbare Gedächtnis" langsam entwickelt und bei Abschluß der Volksschule noch nicht die volle Kraft erlangt hat. Das ist einer der Gründe für die Notwendigkeit eines Fortbildungsunterrichts. Bei der Lehre von der Assoziation bespricht L. die für den Pädiater so bedeutungsvollen Assoziationsstudien von Ziehen ausführlicher, erwähnt dann das Denken im engeren Sinne und die Phantasietätigkeit. Bei der Abhandlung der Gefühls- und Willenstätigkeit des Kindes folgt Lay der Wundtschen Lehre, daß die vorsätzliche Aufmerksamkeit als **innere Willenshandlung** aufzufassen ist und bespricht die sittliche, ästhetische und religiöse Willenstätigkeit. Er macht dann kurze ästhetische Bemerkungen über die „Einfühlung" und die Furcht der Kinder. Bei experimentellen Untersuchungen betreffs der schriftlichen Prüfungen hat Lobsien gefunden, daß die bestbefähigtsten verhältnismäßig schlechter arbeiten. Der „kindlichen Lüge" werden einige sehr interessante Worte gewidmet. Bei der Frage, ob Klassen- oder Einzelunterricht, entscheidet das Experiment zugunsten des ersteren. Das vielumstrittene Kapitel der „Hausaufgaben des Schulkindes" wird kurz gestreift und die in Amerika und Deutschland ausgeführten Versuche über die Ideale der Kinder erwähnt. Nach den Untersuchungen über die Beobachtung (Eindruck) schließen sich zufolge dem pädagogischen Grundprinzip die Darstellung (Ausdruck) an. Lay schildert seine Beobachtungen „über die plastische Kunst des Kindes". Die nun folgenden Abschnitte über Zeichen- und Modellier-, den ersten Rechen-, Lese-, Schreib- und Rechtschreibeunterricht interessieren mehr den Pädagogen, enthalten aber eine Fülle von feinen kinderpsychologischen Details. Den Pädiater und Schularzt interessieren die Erwähnung der Kräpelinschen Arbeitskurve und die Wirkung der Pausen auf die Ermüdung und Erholung der kleineren und größeren Schulkinder. Die Experimente über das Auswendiglernen („Ökonomie" und „Technik") ergaben unter anderem die Tatsache, daß das Memorieren eines Stückes als Ganzes vorteilhafter ist als das Auswendiglernen in Teilstücken.

Aus dieser nur teilweise geschilderten Inhaltsangabe des kleinen Buches ersieht man die Fülle von Stoff, die Lay für denjenigen zusammengetragen hat, der sich in die experimentelle Pädagogik einführen will. Aber auch der Erfahrenere wird das Büchlein als ein gutes Repetitorium gerne zur Hand nehmen und sich durch die reichlichen Literaturangaben zu vertiefteren Studien anregen lassen. Feuchtwanger.

A. Tobeitz. **Differentialdiagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme.** Stuttgart 1908. F. Enke. Preis: 2,80 Mk.

Wie schwer die Differentialdiagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme ist, braucht hier wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden, ebensowenig die Wichtigkeit dieser Unterscheidung gleich in den ersten Anfängen der betreffenden Affektionen. Man denke nur allein an die Gefahren der Weiterverbreitung! Es ist daher sehr dankbar zu begrüßen, daß sich Tobeitz der Mühe unterzogen hat, uns einen Führer durch diese Schwierigkeiten an die Hand zu geben, einen Wegweiser, den wir um Rat fragen können, wenn unsere eigenen Erfahrungen nicht genügen zur klaren Erkennung der Situation. Mit großem Geschick hat der Autor seine Aufgabe gelöst, und wir können sein Buch aus voller Überzeugung allen Kollegen warm empfehlen. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Ackermann, K., Über das Vorkommen von Muskelhypertonien bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter (München). — **Baade, W.,** Experimentelle und kritische Beiträge zur Frage nach den sekundären Wirkungen des Unterrichtes auf die Empfänglichkeit des Schülers (Göttingen). — **Dörr, R.,** Über den Chemismus der Azetonkörperbildung im Kindesalter (München). — **Dornheim, Fr.,** Beitrag zur

pathologischen Anatomie der Tay-Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie (Leipzig). — **Fischer, K.**, Beiträge zur Lehre von der Identität der vom Menschen und vom Rinde stammenden Tuberkelbazillen (Leipzig). — **Kluge, W.**, Beitrag zu den Störungen der Herztätigkeit nach Diphtherie (Halle). — **Kühn, H.**, Über Resultate der Operationen spinaler und zerebraler Kinderlähmungen (Leipzig). — **Küsters, W.**, Erfahrungen über Stauungshyperämie durch Saugung bei Mastitis (Kiel). — **Kuhlencordt, Fr.**, Zur Kenntnis der Röteln (Kiel). — **Langer, O.**, Die Kindersterblichkeit der Jahre 1902—04 in Düsseldorf in den Stadtbezirken und sozialen Bevölkerungsgruppen (Münster). — **Marten, L.**, Die Altersverhältnisse der Mütter der ehelich und unehelich neugeborenen Kinder (Göttingen). — **Mitsutaro, O.**, Blutbefunde im Kindesalter (Greifswald). — **Mühlenhardt, R.**, Zur Kasuistik der spastischen Pylorusstenose im Säuglingsalter (Kiel). — **Nassmann, W.**, Ein Beitrag zur Vakzineophthalmie (Bonn). — **Nussbaum, O.**, Ein Fall von Prolapsus uteri incompleta bei einem neugeborenen Kinde mit Spina bifida (Würzburg). — **Oehme, K.**, Über die Beziehungen des Knochenmarks zum neugebildeten, kalklosen Knochengewebe bei Rachitis (Leipzig). — **Peschties, K.**, Über spontane und traumatische Luxationen des Hüftgelenks im Kindesalter (Königsberg). — **Prätorius, A.**, Über die Häufigkeit des Stillens und die Gründe des Nichtstillens bei der ärmeren Bevölkerung Rostocks (Rostock). — **Röscher, E.**, Beitrag zur Pflege und Ernährung frühgeborener Kinder (Bonn). — **Schmitz, W.**, Zur Therapie der Askaridiasis mit Ol. Chenopodii anthelmintici (Bonn). — **Schubert, P.**, Die Folgen von Hydramnios für die fötalen Organe (Königsberg). — **Ulmer, C.**, Zur Symptomatologie der Chorea chronica hereditaria (Würzburg). — **Werner, Fr.**, Über kongenitale Lipome und schwanzähnliche Bildungen beim Menschen. Ein Fall von kongenitalem Lipofibrom der Kreuzsteißbeingegend (Rostock).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Durch Ministerialerlaß (13. Juni) wird die Abhaltung **orthopädischer Turnkurse an Volksschulen** unter besonderem Hinweis auf die in Düsseldorf und Charlottenburg gemachten günstigen Erfahrungen empfohlen.

— Die **Kosten der öffentlichen Impfungen** (45 000 Erst- und 35 000 Wiederimpfungen) betragen jährlich 30 000 Mk.

— Unser hochgeschätzter, langjähriger Mitarbeiter, Priv.-Doz. Prof. Dr. Joachimsthal ist zum a. o. Professor und Direktor der Poliklinik für orthopädische Chirurgie als Nachfolger Hoffas ernannt.

— Der **Verein für Kindervolksküchen** tritt am 2. Oktober zu einer Tagung zusammen, um die Gemeindekörperschaften im ganzen Reiche anzuregen, der **Schulspeisungsfrage** ihre Aufmerksamkeit zu widmen. Diesem Zweck sollen nicht nur Vorträge von Nationalökonomen, Schulmännern und Ärzten dienen, sondern den zahlreich gemeldeten Gemeindevertretern wird das Wesen solcher Schulspeisungen auch praktisch demonstriert werden. Es sollen nämlich verschiedene Massenspeisungen armer Schulkinder veranstaltet werden, bei denen gezeigt werden soll, wie mit möglichst geringen Mitteln den Kindern eine gute und bekömmliche Kost verabreicht werden kann.

Braunschweig. Eine **Anstalt für schulpflichtige epileptische Kinder** unter Leitung von Geh. San.-Rat Dr. Berkhan ist eröffnet.

Elberfeld. Der Frauenverein hat ein **Kinder-Erholungsheim** für unbemittelte Volksschüler errichtet.

Solingen. Eine **Ausstellung für Säuglings- und Kinderpflege** fand hier vom 12.—16. September statt.

Düsseldorf. Die Erben des verstorbenen Kommerzienrats Ernst Feldhoff-Langenberg stifteten 100 000 Mk. zur **Errichtung eines Walderholungsheims für Kinder.**

Posen. Die Ärztekammer der Provinz Posen hat zur Bewertung von **Attesten nichtbeamteter Ärzte seitens der Schulbehörden** maßgebende Grundsätze auf-

gestellt und gleichzeitig dafür die Zustimmung der anderen preußischen Ärztekammern angeregt. Die Grundsätze lauten: Im allgemeinen soll das Attest eines jeden, insbesondere des behandelnden Arztes als vollgültig und genügend angesehen werden; nur in besonders wichtigen Fällen darf unter Angabe wirklich triftiger Gründe ein Attest des beamteten Arztes eingefordert werden; in diesen Fällen sollen die Kosten des Attestes von der Schule übernommen werden.

Göttingen. Ein **schulhygienischer Ferienkurs für Direktoren und Oberlehrer** höherer Lehranstalten findet vom 5.—10. Oktober im Hygienischen Institut statt. Näheres durch Prof. v. Esmarch.

Leipzig. Durch Ministerialerlaß wird verfügt, daß vom 1. Oktober an den **staatlichen Gymnasien und Realgymnasien** (es sind im ganzen 14) **Schulärzte** angestellt werden. Die Mittel hierzu (5000 Mk.) waren bereits von der Ständeversammlung bewilligt. Bisher hatte nur Meiningen staatliche Schulärzte.

— Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Soltmann beging das 25jährige Professorenjubiläum.

Wien. Dr. v. Pirquet hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

— Der Landesausschuß hat zur besseren hygienischen **Überwachung** der **Findelkinder** die Errichtung eigener Pflegekolonien angeordnet und genaue Anweisungen betreffs Ernährung, Kleidung, Pflege der Findlinge, Kontrolle der Ammen usw. gegeben.

Paris. Hilfsklassen an den Gemeindeschulen, sowie selbständige Hilfsschulen zwecks **Unterrichtung geistig zurückgebliebener Kinder** sollen eingerichtet werden. Die Auswahl der Zöglinge geschieht unter Mitwirkung des Arztes. Aus den Hilfsklassen werden die Kinder zu 13 Jahren entlassen, können aber dann noch an die Hilfsschulen überwiesen werden, wo sie bis zu 16 Jahren weiter unterrichtet werden, falls sie sich nicht für ein Gewerbe eignen.

Stockholm. Der verstorbene Großkaufmann Danelius hat dem **Heim für skrofulöse Kinder** 100000 Mk., der Pflegeanstalt für kranke Kinder 50000 Mk., dem Kinderheim der Freimaurer 50000 Mk., sowie dem Heim für erholungsbedürftige Arbeiter und Arbeiterinnen 200000 Mk. vermacht.

St. Petersburg. Zu Vorarbeiten, betreffend **Einführung des Impfzwanges** hat das Ministerium des Innern von den Gouvernements-Medizinalverwaltungen bis zum 1. August d. J. die Einsendung möglichst vollständiger Daten über das Impfwesen in ihren Bezirken verlangt. Gleichzeitig hat die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit eine besondere Kommission gebildet zur Abfassung einer motivierten Vorlage über die Einführung der obligatorischen Pockenimpfung, wozu das umfangreiche statistische und rein wissenschaftliche Material über den Stand der Pockenimpfung, über welches die Gesellschaft verfügt, verwertet werden soll. Die Vorlage wird an die Reichsduma und den Reichsrat versandt.

Charkow. a. o. Prof. Dr. Troïtzky ist zum o. Professor für Pädiatrie ernannt.

Rom. Dr. H. Longo habilitierte sich für Kinderheilkunde.

Unter **1800 Abiturienten der Gymnasien und Realschulen Böhmens** wurden, wie die Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mitteilt, etwa 8% **geschlechtskrank** befunden, und zwar zeigte sich in den Provinzmittelstädten ein noch viel höherer Prozentsatz als in Prag. Aus diesen Zahlen darf man wohl schließen, daß ein Viertel aller dieser Schüler sexuellen Verkehr gehabt hat und daß die Behauptung, eine Belehrung über die Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs könne der „unverdorbenen Jugend" schaden, durchaus unrichtig ist.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. November 1908. Nr. 11.

I. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Alexander Szana, Untersuchungen über die Versorgung der Säuglinge in öffentlicher Fürsorge. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Die in den ungarischen staatlichen Kinderasylen versorgten Säuglinge sind zu 80,72 % außerehelich; die Mütter besitzen fast alle einen selbständigen Erwerb, die Hälfte unter ihnen leistet persönliche Dienste. Die Säuglinge gelangen in höherem Alter zur Aufnahme als in den Findelhäusern romanischen Systemes. Sie gelangen in dem gleichen Alter zur Aufnahme wie im Berliner Säuglingsasyle germanischen Systemes, jedoch mit bedeutend größerem Aufnahmegewicht als in Berlin.

Während bei den in ihren ersten Lebensmonaten zur Aufnahme gelangenden Säuglingen drei Vierteile normales Gewicht haben, nimmt die Zahl der Säuglinge mit normalem Gewicht im späteren Lebensalter immer mehr ab. Von den mit leichterem Gewichte als dem Aufnahmedurchschnitte aufgenommenen Säuglingen sterben doppelt so viele als von den mit das Aufnahmegewicht überragendem Gewichte aufgenommenen Säuglingen.

Die Sterblichkeit der in bezahlter Privatpflege versorgten Säuglinge ist in Frankreich und Deutschland größer als die Landessterblichkeit der Säuglinge im Allgemeinen. Unter den Geschwistern der in die Fürsorge des Temesvarer Asyles gelangten Kinder ist die Sterblichkeit zwar eine sehr hohe, aber keineswegs so groß wie beim Materiale Scalardis.

Die Sterblichkeit der in öffentliche Fürsorge gelangten Säuglinge ist auch in Deutschland und Frankreich eine viel höhere als die allgemeine Sterblichkeit, sie ist aber auch höher als die Sterblichkeit der in private Fürsorge gelangten Säuglinge. Im Jahre 1904 starben unter 1000 vom 10. bis zum 365. Tage versorgten Säuglingen 708,7, während in den französischen Findelhäusern die korrespondierende Ziffer 253,5 beträgt.

Von den durch fremde Ziehmütter gestillten Säuglingen sterben 3 mal so viele als unter den bei der eigenen Mutter untergebrachten und doppelt so viele als unter den mit der Mutter nach der Kolonie geschickten Säuglingen. Bei gleicher Verpflegung besteht kein Unterschied zwischen der Sterblichkeit der ehelich und außerehelich geborenen Kinder. Die Sterblichkeit der von Ziehmüttern versorgten Säuglinge ist noch im 2. Jahre um $^1/_4$, im 3. Jahre um $^1/_5$ größer, und der Unterschied verschwindet erst im 5. Jahre.

Das Durchschnittsgewicht der über 4 Monate im Temesvarer staatlichen Kinderasyl versorgten Säuglinge ist, wenn sie bei der Mutter untergebracht waren, höher als das durchschnittliche Aufnahmegewicht der Kinder; wenn sie mit der Mutter zusammen untergebracht waren, ist es ungefähr eben so hoch wie das durchschnittliche Aufnahmegewicht, während das Körpergewicht der in den staatlichen Kinderasylen versorgten Säuglinge bei der Stillung durch fremde Ziehmütter bedeutend unter dem Aufnahmedurchschnitt steht.

Im Alter von 0—2 Jahren, aber auch noch später im Alter von 0—6 Jahren werden doppelt so viele von der eigenen Mutter gestillte Säuglinge aus dem Verband des Asyles ihren Angehörigen herausgegeben, als unter den von Ziehmüttern gestillten Kindern. Die Sterblichkeit der von den stillenden Ziehmüttern unseren Kindern zuliebe entwöhnten eigenen Kinder zeigt, daß infolge der ein wenig früher als normal erfolgten Entwöhnung keine Säuglinge sterben.

Die Sterblichkeit der Säuglinge des Temesvarer Asyles ist im Sommer um $^1/_4$ größer als in den kühleren Monaten. Von den auswärts untergebrachten Säuglingen stirbt nahezu $^1/_4$ innerhalb des der Aufnahme folgenden Monats.

Auf Grund seiner Beobachtungen beantragt Verf. folgendes:

Die Säuglinge sind prinzipiell mit der Mutter oder bei der Mutter unterzubringen; nur wenn dies unmöglich ist, kann der Säugling zur Stillung einer Ziehmutter übergeben werden.

Die Kontrolle der zu fremden Ziehmüttern gegebenen Säuglinge hat innerhalb des ersten der Herausgabe folgenden Monates möglichst intensiv, zentral und individualisiert, ausnahmslos stets mit der Wage, im Winter mit einer transportablen Wage zu erfolgen.

Zur Verbreitung der Säuglingsernährungskenntnisse und zur speziellen Kontrolle der Säuglinge sind in den Kolonien bezahlte Inspektorinnen anzustellen.

Die Honorierung der Kolonieärzte soll für Säuglinge eine bedeutend höhere sein als für die übrigen Kinder; für die Kolonieärzte sind Wiederholungslehrkurse zu veranstalten, damit sie ihre Kenntnisse betreffs der modernen Fortschritte der Säuglingstherapie mehren können.

Hecker.

G. Freudenthal, Eine Malariaendemie in Peine (bei Hannover) hauptsächlich bei Kindern beobachtet. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Die Arbeit hat hauptsächlich lokales Interesse.

Hecker.

Philipp Kuhn, Primäre Nasendiphtherie mit Membranbildung (Rhinitis fibrinosa sive pseudomembranacea diphtherica) im 1. Lebensmonat. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) 19 Tage alter Säugling erkrankt an Schnupfen und Dyspnoe. Die bakteriologische Untersuchung ergab Diphtheriebazillen.

Hecker.

Jelski, Akute hämorrhagische Nephritis nach Parotitis epidemica bei einem 7 Monate alten Kinde. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Für den schweren Verlauf der anfänglichen Parotitis, die unter Erscheinungen von Blutharnen in wenigen

Tagen zum Tod führte, fand sich keine Erklärung (die Sektion wurde verweigert) als eine vorausgegangene, aber bereits überstandene Lungenentzündung und das jugendliche Alter des Kindes. Auch die bakteriologische Untersuchung des Urins ergab keine Anhaltspunkte. Der Fall mahnt jedenfalls zur Vorsicht bei der Säuglingsparotitis.

Hecker.

E. Paschen, Der Träger des Kontagiums der Variola und der Vaccine. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Fortsetzung des in Band 46 des Archivs für Kinderheilkunde erschienenen Berichts über die im Jahre 1906 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung von Dr. Leonhard Voigt.

Hecker.

Ernö Deutsch, Kindersterblichkeit und Milchküche. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Statistische Zusammenstellung über den Betrieb und Erfolg zahlreicher Milchküchen im In- und Ausland. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Hecker.

K. Roeder, Ein experimenteller Beitrag zur Pathogenese der Salivation bei Verdauungskrankheiten. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Die Versuche wurden an Hunden angestellt, denen durch Prof. Bickel eine permanente Fistel der Unterkiefer- und Unterzungendrüse sowie eine permanente Fistel der Parotis angelegt worden war. Sie ergaben u. a., daß die Salivation bei Verdauungskrankheiten nicht durch eine Reflexwirkung, nicht durch funktionelle Störung innerhalb der Drüsen, noch auch als direkte Folge von Intoxikationen zustande kommt, sondern durch den unter pathologischen Verhältnissen vermehrten aufsteigenden Flüssigkeitsstrom vom Magen nach der Mundhöhle. Dabei trifft der direkte Reiz des nach der Mundhöhle beförderten Schleimes und Mageninhaltes die auf chemische Reize reagierenden nervösen Endapparate der Speicheldrüsen und bringt so den Speichelfluß zustande. Dieser Reiz einer rückläufigen Flüssigkeitsströmung auf die zentripetalen Nerven der Speicheldrüsen war bei den bisherigen Erklärungsversuchen der Salivation unbekannt geblieben.

Hecker.

R. Biermer, Beiträge zur Frage der natürlichen Ernährung. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 47. Heft 1—3.) Beobachtungen an den eigenen Kindern über Zahl und Größe der Mahlzeiten, Laktationskurve, Körpergewicht usw.; mit einem Appell an die Geburtshelfer, bei der Frage der Stillförderung eifriger mitzuwirken.

Hecker.

Otto Ranke, Über Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis. (Zeitschr. für die Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinns, herausg. von Dr. H. Vogt u. Dr. W. Weygandt. Bd. 2. Heft 2.) Den umfangreichen und sorgfältigen Studien liegen als Material zugrunde die Gehirne von 10 syphilitischen Totgeburten und 2 kurze Zeit am Leben gebliebenen Syphilitikern. Seit Heubners, Virchows, Jastrowitzs Untersuchungen wurde den kongenitalsyphilitischen Veränderungen des Gehirns nicht mehr die gebührende Beachtung geschenkt. Die Entdeckung Schaudinns von der ätiologischen Bedeutung der Spirochaete pallida wurde für

die Pathologie der verschiedensten Körperorgane ausgewertet. Nur das Zentralnervensystem blieb wenig berücksichtigt. Es war R.'s Verdienst, sich eingehend in dieses Gebiet vertieft zu haben, und so werfen seine Studien ein neues Licht auf die Beziehungen zwischen Spirochäte und Gehirnveränderungen bei der Heredosyphilis.

Vor allem lehren die Befunde, daß die von französischen und deutschen Autoren für die übrigen Körperorgane bereits nach mancher Richtung erforschte Spirochätenseptikämie der hereditär-luetischen Kinder auch im Gehirn schwere Veränderungen verursachen. Der Infektionsweg läßt sich aus der Lagerung der Parasiten ohne Mühe erkennen. Die im Blutstrom kreisende Spirochaete setzt sich in den Gefäßwänden der Pia fest, deren Endothelien im Sinne einer Proliferation und vakuoliger Degeneration verändert sind, indem sie zwischen den Endothelien eindringt und hinter die Membrana elastica interna gelangt. Man findet sie ferner vereinzelt in der Muscularis und Adventitia der Arterien, weit zahlreicher in den deutlich gewucherten und degenerierten Wänden der venösen Gefäße. Bei letzteren zeigt die Intima besonders hochgradige Wucherungserscheinungen; ihre Endothelzellen werden in großer Anzahl in das Lumen abgestoßen und bilden dort große, oft mehrkernige, mit leukozytären Elementen angefüllte Makrophagen.

Das piale Gewebe wird bei Fällen schwererer Infektion von Spirochäten überschwemmt. Histologisch lassen sich weitgehende Fibroblastenwucherung und Infiltration der Pia mit Plasma- und Mastzellen nachweisen. Nie vermißt wurde eine reichliche Ansammlung von eigentümlichen „großen Rundzellen“ in den Maschen der Pia; sie muß, da auch in früheren fötalen Stadien normal vorkommend, als Entwicklungsstörung aufgefaßt werden.

In mehreren Fällen ließ sich eine Einwirkung des Parasiten auf die Substanz des zentralen Nervensystems selbst nachweisen. An Stellen besonders schwerer pialer Wucherung und Infiltration, und zwar besonders in den frontalen Regionen, dringt die Spirochäte direkt in die obersten Schichten der Hirnrinde ein und verursacht dort lebhafte Wucherungs- und Zerfallsvorgänge.

Die bevorzugte Eintrittspforte für die Parasiten bilden die Lymphscheiden der Gefäße. In diesen wandern sie in dichten Scharen tief in das Gewebe; ihre Anwesenheit führt zur Emigration zahlreicher Plasma- und Mastzellen aus dem Blut, zu zelligen Infiltrationen; zu prolifativen und degenerativen Vorgängen der verschiedensten Art.

In ähnlicher Weise wie in der Pia kommt es auch in dem Plexus chorioidei durch Spirochätenemigration zu infiltrativ-entzündlichen Vorgängen innerhalb des Plexusgewebes — Erscheinungen, welche bei der Entstehung des syphilitischen Hydrocephalus eine wesentliche Rolle spielen mögen. Auch von hier aus findet eine Infektion der Gehirnsubstanz statt.

Außer diesen Läsionen lassen sich im kongenital-syphilitischen Gehirn noch Veränderungen nachweisen, welche vermutlich in keiner direkten Beziehung zur Spirochäte stehen: einmal weitgehende Wucherungserscheinungen an den kapillaren Gefäßen, welche Verf. als Ursache der bei der kongenitalen Lues so sehr häufigen Hirn-

hämorrhagien betrachten möchte; zum anderen eine teils perivaskuläre, teils diffuse Gliawucherung.

Während 9 Fälle übereinstimmend diese Befunde zeigten, fanden sich bei dreien vornehmlich fibroblastische und regressive Veränderungen der Pia, degenerative Erscheinungen in Gefäßadventitien und Glia des Gehirns. Diesen 3 Fällen war ein Fehlen der Spirochäte pallida eigentümlich, welche in einem der Fälle Leber und Niere in großer Zahl erfüllte. Verf. vermutet hier eine Hirnerkrankung, welche nicht auf eine primäre Läsion des nervösen Gewebes durch die Spirochaete pallida, sondern auf ihre sekundäre Schädigung durch die Erkrankung anderer Organe zurückzuführen ist — metasyphilitische Prozesse. Der Arbeit sind wertvolle Abbildungen in reicher Zahl beigegeben.

Hecker.

Brühl, Aufgaben des Schularztes in der Taubstummenschule. (Festschrift zum 70. Geburtstage Alb. Gutzmanns. Herausgegeben von H. Gutzmann. Berlin. 1908.) Die Aufgabe des Schularztes in den Taubstummenschulen ist eine doppelte: 1. eine allgemein ärztliche, auf den Gesamtorganismus gerichtete, 2. eine spezialistische, das Gehörorgan betreffende. Die gesamten Körperorgane sind einer genauen Untersuchung zu unterwerfen und dabei besonders die Lymphdrüsen, der Knochenbau, der Gaumen, die Zahnstellung und -entwicklung, welche für die Sprache von Bedeutung ist, zu beachten. Die Sehfähigkeit, welche für das Ablesen vom Munde von großer Wichtigkeit ist, ist genau zu untersuchen, etwaige Refraktionsanomalien sind durch geeignete Augengläser zu beseitigen. Blinde oder hochgradig schwachsichtige Taubstumme müssen in Taubstummenblindenheimen erzogen werden. Ebensowenig können gleichzeitig schwachsinnige und taube Kinder in den Taubstummenschulen belassen werden, da sie den Unterricht aufhalten. Kinder, deren Erkrankung für ihre Mitschüler Gefahren abgeben, wie Tuberkulose der Lungen, dürfen, ganz abgesehen von akuten Infektionskrankheiten, nicht eingeschult werden. Als wichtigstes ist die Begutachtung des die Taubheit verursachenden Ohrenleidens zu betrachten. Häufig ergibt die ohrenärztliche Untersuchung, daß eine heilbare oder wenigstens wesentlich zu bessernde Ohrenerkrankung vorliegt, die vielleicht einen mäßigen Grad von Schwerhörigkeit zurückläßt, aber keine Taubheit. Es ist selbstverständlich, daß in die Taubstummenschule unbedingt aufgenommen werden müssen 1. total taube Kinder, 2. partiell taube Kinder, wenn ihr erhaltenes Gehör es ihnen nicht möglich macht dem Vollunterricht mit Erfolg zu folgen. Völlig taube Kinder werden meist auch unheilbar taub sein, da die ihnen angeborenen Verbildungen im innern Ohre oder die bei Krankheiten erworbenen schwersten Zerstörungen im mittlern und innern Ohr nicht rückbildungsfähig sind. Hochgradig schwerhörige Kinder können aber oft geheilt werden, so vor allem die Schwerhörigkeit durch Tubenverschluß infolge adenoider Vegetationen. Sind die Ohrenleiden, was das Gehör anbelangt, als unheilbar erkannt, so ist zu entscheiden, ob trotzdem eine Behandlung der Ohren nötig ist. Ebenso bestimmt, wie diese Frage bei normalen Trommelfellen oder bei abgelaufenen Entzündungs-

zeichen im Ohre zu verneinen ist, so bestimmt ist sie bei allen noch bestehenden Eiterungen zu bejahen. Stößt die Behandlung der Ohreiterungen bei den Eltern auf Widerstand, oder lassen dieselben die Behandlung nicht regelrecht vornehmen, so ist jedenfalls, solange die Ohreiterung übelriechend ist, wegen der daraus resultierenden Verschlechterung der Klassenzimmerluft, das Aussetzen des Schulbesuches zu verlangen. Der Schularzt hat dann die weitere Aufgabe zu erfüllen, den Grad der Taubheit bei den Schülern genau festzustellen und vor allem zu prüfen, ob noch Gehörreste vorhanden sind, die für den Unterricht von Wert sein können. Ebenso wie die Gesundheit der Ohren ist auch die normale Beschaffenheit der Nase, des Mundes, des Rachens und Kehlkopfs für taube Kinder und die Entwicklung der Sprache bei denselben von größter Wichtigkeit. Jedoch ist davor zu warnen, völlig taube Kinder mit normalen Trommelfellen wegen adenoider Vegetationen frühzeitig zu operieren. Die Kinder werden dadurch nur mißtrauisch, scheu und erschweren dem Schularzt die so wichtige Höruntersuchung und dem Lehrer das Gewinnen des Vertrauens und der Zuneigung. Taube Kinder, die zu große Rachenmandel haben, werden auch noch im 7. oder 8. Lebensjahre, wenn sie verständiger und unterrichteter sind, noch rechtzeitig genug operiert. Wünschenswert wäre es endlich, wenn in den Taubstummenschulen von allen Kindern genaue Personalbogen angefertigt würden, in denen neben den so wichtigen anamnestischen Daten von dem Schularzt der genaue Befund bei der Einstellung und Ausschulung, ebenso weitere Untersuchungsresultate während der Schulzeit eingetragen würden.

Maas (Aachen).

Delitsch, Inwieweit ist Rachitis der Kinder durch Trunksucht ihrer Eltern begründet? (Zeitschr. für Kinderforschung. März 1908.) In Erkenntnis der Tragweite der Bedeutung, welche diese Frage durch die bekannte Schrift Fiebigs „Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Bindesubstanzen“ gewonnen hat, hat Verf. die an der Plauener Hilfsschule gesammelten ärztlichen Erfahrungen zur Beantwortung der gestellten Frage herangezogen. Das dabei gewonnene Ergebnis widerspricht nun allerdings der in Fiebigs Schrift vertretenen Annahme.

Unter 550 Schulkindern hatten 233 sicher Rachitis gehabt = 42%. Von diesen stammten nur 25 von trunksüchtigen Vätern, 1 von einer solchen Mutter, von 233 also nur 26 = 11%, eine gewiß überraschend kleine Prozentzahl. Von 317 nicht rachitisch gewesenen Kindern stammten 17 von trunksüchtigen Vätern, 2 von solchen Müttern und 1 von solchen Eltern, von 317 also 20 = fast $6^1/_3$ %. Angesichts der geringen Differenz von $4^2/_3$ % erscheint Verf. der Einfluß der elterlichen Trunksucht auf die Entwicklung der Rachitis bei den Kindern als so minimal, daß er viel eher durch die minderwertige Nahrung, Kinderpflege usw. sich erklärt, welche den Kindern trunksüchtiger Väter oder Mütter gewöhnlich zuteil wird. — Für die rachitische Erkrankung des Kindes müssen danach noch andere Ursachen verantwortlich sein als die physiologische Alkoholisation des Kindes durch seine Erzeuger.

H. Netter (Pforzheim).

B. Spiethoff, Erfahrungen mit der Finkelsteinschen salzarmen Kost beim Säuglingsekzem, beim Strophulus und Pruritus infantum. (Aus der Hautabteilung der medizin. Klinik in Jena.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 27.) Auf Grund der gemachten Erfahrungen kommt S. zu folgenden Schlüssen:

1. Ein direkter Einfluß der Finkelsteinschen Kost auf das Ekzem ließ sich in den bisherigen Beobachtungsfällen nicht feststellen. 2. Trotzdem ist der Finkelsteinschen Kost bei der Ekzembehandlung der Kinder, speziell der Säuglinge, ein gewisser Wert zuzusprechen, indem durch Ausschaltung sekundärer Einflüsse die Abheilung des Ekzems ungestörter vor sich gehen kann und die Rezidive einen milderen Charakter haben. 3. Ein günstiger Einfluß wird durch die Finkelsteinsche Kost auch auf den Strophulus und den Pruritus der Kinder ausgeübt. 4. Ganz besonders ist die Finkelsteinsche Kost indiziert in den Fällen, wo bei Kindern mit den genannten Dermatosen chronische Dyspepsien bestehen. Grätzer.

R. Seefelder, Über fötale Augenentzündungen. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 28.) S. weist aus seinen und anderer Erfahrungen nach, daß sämtliche Abschnitte des Auges im fötalen Leben einer Entzündung zugänglich sind, deren Folgen sich bei der Geburt unter den verschiedensten Bildern erkennbar machen können. Manchmal ist es schwer, solche entzündliche Anomalien von Mißbildungen zu unterscheiden; in der Regel gelingt dies jedoch bei sorgfältiger Untersuchung und Abwägung aller in Betracht kommenden Momente. Grätzer.

P. Glaessner, Über das Marmorek-Serum. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 29.) G. berichtet über die Erfahrungen, die an Hoffas Privatklinik und an der Kgl. Universitäts-Poliklinik f. orthopädische Chirurgie in Berlin mit dem Serum bei verschiedenen Formen von Knochen- und Gelenktuberkulose gemacht worden sind, und bringt 10 Krankengeschichten zum Teil von Kindern von 3, 5, 12 Jahren.

Über die Art der Anwendung heißt es:

„Das Serum wurde sowohl subkutan als auch rektal injiziert, und zwar wurden subkutan nie mehr als 5 ccm, rektal stets 10—20 ccm des Serums verabfolgt. Die subkutanen Injektionen wurden meist unter die Brusthaut gemacht. Die Einspritzungen erfolgten im allgemeinen in Serien von je 10, wobei zwischen den einzelnen Injektionen im allgemeinen ein Zeitraum von 3—4 Tagen, zwischen den einzelnen Serien ein Zeitraum von 8—10 Tagen lag. Welche von beiden Darreichungsformen die wirksamere ist, läßt sich nach unseren wenigen Beobachtungen nicht mit Sicherheit feststellen. Von vornherein könnte man die subkutane Einverleibung des Serums für die wirksamere halten, weil die Reaktion des Gesamtorganismus nach subkutaner Injektion des Marmorekschen Serums eine wesentlich lebhaftere und häufigere ist als bei rektaler Einverleibung. Daß die Serumreaktion, die man manchmal sieht, für den höheren Heilwert von Belang ist, scheint uns aber mit den Beobachtungen, die wir machten, im Widerspruch zu stehen, denn wir sahen sehr gute

Resultate sowohl bei Fällen mit Serumreaktion wie auch ohne solche.“

Die Ergebnisse werden wie folgt zusammengefaßt:

1. Das Marmoreksche Antituberkuloseserum hat sich in keinem einzigen Falle bei richtiger Dosierung als schädlich erwiesen.

2. In einzelnen nur mit Marmorek-Serum, ohne alle anderen Hilfsmittel behandelten Fällen sind so auffallende Besserungen zu konstatieren, daß man unbedingt von einer spezifischen Wirkung des Serums sprechen muß.

3. In Fällen, in welchen das Serum zur Unterstützung anderer bisher üblicher Behandlungsmethoden herangezogen wurde, hat es eine wesentliche Förderung des Heilungsprozesses herbeigeführt.

4. Nur in zwei von unseren Fällen konnten wir von dem Serum keinen Einfluß konstatieren, wobei der eine (Fall 6) zu den schwersten rechnen kann, die man überhaupt sieht. In der Hälfte der Fälle konnten wir rasche und sichere Erfolge feststellen.

Nach dem Vorangehenden scheint es also zweckmäßig, das Marmoreksche Antituberkuloseserum auch weiterhin, speziell bei der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose, zu verwerten und möglichst frühzeitig davon Gebrauch zu machen. Wir werden dabei nicht auf die Prinzipien unserer sonstigen Behandlung verzichten und Ruhigstellung und Entlastung der erkrankten Partien sowie Entleerung vorhandener Abszesse, eventuell auch notwendige größere operative Eingriffe weiter vornehmen. Grätzer.

G. A. Wollenberg (Berlin), Littlesche Krankheit und Hüftsuxation. (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 25.) W. unterluchte 10 Fälle von Littlescher Krankheit mit Röntgenstrahlen. Nicht weniger als 3 davon zeigten komplette Luxationen des Hüftgelenkes, 1 mal fand sich Subluxationsstellung der Schenkelköpfe, und in den übrigen Fällen waren wenigstens gewisse Veränderungen der Art, wie man sie bei der angeborenen Hüftluxation trifft.

Bei dem Falle von Subluxation zeigte sich ein mäßig verdickter Pfannengrund, eine deutliche abgeflachte obere Pfannenbegrenzung. Es fand sich hier ein ähnliches Bild wie bei einer beginnenden Spontanluxation; denn daß die Pfanne nach oben hin ausgeweitet ist, das zeigte, besonders auf der linken Seite, das Leersein der medialen unteren Pfannenregion.

W. war früher der Ansicht, daß die Ursache der Hüftluxation bei dem Typus ohne erhebliche Gelenkveränderungen in der Wirkung der Muskelspasmen zu suchen sei, die erst nach der Geburt die Dislokation der Gelenke bewirkten, daß aber bei den Fällen, wo die Röntgenaufnahme ein echtes Luxationsbecken nachwies, eine zufällige Komplikation vorläge. Dieser Ansicht pflichtet Gaugele bei; allein heute kann W. sie nicht mehr aufrecht erhalten, da die große Anzahl dieser Gruppe zugehörigen Fälle bei seinen jetzigen Untersuchungen dagegen spricht. W. muß vielmehr annehmen, daß auch in diesen Fällen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Littlescher Krankheit und Hüftluxation vorliegt. W. erklärt sich die Unterschiede der beiden Gruppen in dem mehr oder weniger frühen Auftreten der



Spasmen, deren Einsetzen und luxierende Wirkung gewiß schon gelegentlich während des intrauterinen Lebens eintreten kann; wissen wir doch, daß mangelnde Entwicklung der Pyramidenbahnen in vielen Fällen die Ursache der Littleschen Krankheit darstellt. Dieser Ausfall mag sich nun unter bestimmten Umständen schon in der letzten Zeit des intrauterinen Lebens geltend machen, und es ist wohl möglich, daß es gelegentlich auch einmal während dieser Zeit schon zur Subluxation und gar zur Luxation der Hüfte kommt. Aber auch in der ersten Zeit des postnatalen Lebens mag eine eintretende Luxation gewiß noch größere sekundäre Veränderungen der Gelenkkomponenten zeitigen, als dies später, wenn die Entwicklung keine so rapide mehr ist, der Fall sein wird. Wir wissen ja aus den Erfahrungen bei traumatischen Luxationen, speziell für die Hüfte, z. B. durch Deutschländers und Ghillinis Experimente, daß der angeborenen Luxation ähnliche Veränderungen sekundär entstehen können.

Wenn wir uns fragen, warum in dem einen Falle Sklerosierung des Pfannenrandes, in dem anderen Abflachung, in dem dritten abnorme Aushöhlung und in dem vierten Subluxation oder Luxation eintritt, so scheint hier die Verteilung der Spasmen auf die Muskeln der unteren Extremität von besonderer Bedeutung zu sein. Es kann nicht gleichgültig sein, ob die Adduktoren oder die Flexoren, die Innenrotatoren oder die Außenrotatoren überwiegen. Meistens finden wir freilich die Adduktoren und die Innenrotatoren überwiegend, aber es finden sich gelegentlich bei der Littleschen Krankheit Abweichungen von dieser Regel; und die Resultierende aller Muskelkräfte, mit ihr die häufigste Stellung des Oberschenkels zum Becken muß maßgebend sein für die Art der Läsion der Hüftpfanne — natürlich neben den erwähnten Faktoren, neben dem jeweiligen Entwicklungszustand des Hüftgelenkes und neben der rohen Kraft der spastisch kontrahierten Muskeln. Natürlich kann die Möglichkeit, daß die angeborene Beschaffenheit der Pfanne eine Rolle spielt, z. B. das von Ludloff beobachtete Vorhandensein einer Ausbuchtung, oder die mehr oder weniger große Straffheit des Bandapparates, wie Gaugele dies annimmt, nicht rundweg abgeleugnet werden, aber W. glaubt nicht, daß diese Faktoren eine große Rolle spielen.

Obwohl W. glaubt, daß die Muskelspasmen genügen, um die Entstehung der Luxation und sonstigen Pfannenveränderungen zu erklären, muß hier doch die Frage aufgeworfen werden, ob nicht die Luxation und die Littlesche Krankheit einfach koordiniert sind; für diejenigen, welche eine schwere Geburt mit ihren Folgen, Blutungen in die Hirnhäute usw. als Ursache der Littleschen Krankheit ansehen, besteht natürlich eine solche Möglichkeit nicht; nimmt man dagegen fehlende oder mangelnde Entwicklung der Pyramidenbahnen, wie diese in einzelnen Fällen nachgewiesen wurde, als Ursache der Littleschen Krankheit an, so hat obige Frage gewiß eine Berechtigung. Man beobachtet gelegentlich bei der Littleschen Krankheit auch andere angeborene Deformitäten. Aus seinem Material hat W. folgende derartige Fälle zusammenstellen können.

1. Ernst H., 4 Jahre alt. Leichte Littlesche Krankheit und doppelseitiger kongenitaler Plattfuß.

2. Walter K., 3 Jahre alt. Littlesche Krankheit und ulnare Klumphand.

3. Adolf G. Littlesche Krankheit und linksseitige hochgradige Coxa vara.

4. Mathilde H. Littlesche Krankheit und rechtsseitiger überzähliger Daumen.

5. M. W. Littlesche Krankheit und Hydrocephalus.

Noch mehr könnte der Verdacht einer koordinierten Stellung der Luxation und der Littleschen Krankheit bestärkt werden durch eine Beobachtung, wo unter 2 Schwestern die eine an Little, die andere an angeborener Hüftluxation, ohne jede Spur von Littlescher Krankheit litt.

Allein W.s Fälle sind zu wenig zahlreich, als daß er hier die Wahrscheinlichkeit oder auch nur die Möglichkeit einer Kombination zweier Entwicklungsstörungen glaubhaft machen könnte.

Noch ein kurzes Wort sagt W. zur Therapie: „Die Häufigkeit der Entstehung einer Hüftluxation im Gefolge der Littleschen Krankheit ist durch Gaugeles und mein Material bewiesen; wir haben daher die Pflicht, möglichst frühzeitig auf die drohende Gefahr zu achten und ihr entgegen zu arbeiten. Dies geschieht natürlich am zweckmäßigsten durch Ausschaltung der Muskelspasmen. Also dürfte die Myotomie der Adduktoren und Flexoren des Hüftgelenkes, die ja auch in Kombination mit weiteren Tenotomien die Erzielung eines leidlichen Gehvermögens gewährleistet, ein zweckmäßiges Prophylaktikum gegen das Eintreten einer Luxation sein. Die Stellung der Beine in starke Abduktion und ihre Fixierung in dieser Lage durch Gipsverbände und Schienenhülsenapparate bewirkt eine zentrale Einstellung des Kopfes gegen die Tiefe des Pfannengrundes und verringert so die Möglichkeit eines Abgleitens des Kopfes.“

Ist er zur Luxation gekommen, dann braucht man nicht auf Reposition zu verzichten. Gegebenenfalls würde W. raten, mit der Reposition ausgiebige Myotomien und Tenotomien zu verbinden oder derartige Operationen während eines Verbandwechsels später vorzunehmen. Er glaubt, daß bei genügend langer Nachbehandlung in die Abduktion gewährleistenden Verbänden und Apparaten die Gefahr eines Rezidivs behoben werden kann, kann doch die spastische Adduktorengruppe durch die für die Retention notwendige primäre Verbandstellung erheblich verlängert werden. Die Spinamuskeln, die in dieser Stellung verkürzt werden, kann man dann vor dem zweiten oder dritten Gipsverband, welcher das Bein allmählich in Streckstellung überzuführen hat, subkutan durchschneiden und so ihre Wirkung paralysieren.

Grätzer.

L. Langstein, Ekzem und Asthma. Ein Beitrag zur Kenntnis der exsudativen Diathese. (Aus der Universitäts-Kinderklinik der Charité in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 26.) L. hat bei mehreren Fällen von Kinderekzem durch Behandlung mit Finkelsteins salzarmer Diät sehr gute Resultate erzielt; freilich versagt die Methode auch bei einzelnen Fällen. Vollständig versagte sie beim Asthma, bei dem man nach Finkelstein,

der auf die bekannten Beziehungen zwischen Ekzem und Asthma hinwies, die salzarme Diät ebenfalls ins Treffen führen sollte. Beim Asthma ist als hervorragendes Mittel die Änderung des Milieus zu bezeichnen; Kinder, die zu Haus fortdauernd asthmatische Anfälle bekommen, gegen die sich die verschiedensten Mittel als unwirksam erweisen, werden sehr bald ihre Attaken los, sobald sie in die Klinik verlegt werden. Grätzer.

C. T. Noeggerath, Ein Fall von Elephantiasis congenita. (Aus der Kinderklinik der Charité in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 27.) N. schildert den ein 7monatigen Säugling betreffenden Fall und fügt eine längere Epikrise hinzu, der wir folgendes entnehmen:

Es handelt sich also um ein etwas untergewichtiges, sehr wenig ernährungsgestörtes, leicht rachitisches, psychisch normales Kind, das neben einer Mikropolyadenie, einer leichten Anämie und einem Milztumor die oben beschriebene kongenitale, im wesentlichen die Weichteile betreffende kissenartige Verdickung beider Unterschenkel und Füße aufweist.

Wie soll man das Krankheitsbild deuten? Um nephritische Ödeme kann es sich nicht handeln (Lokalbefund; eiweißfreier Urin). Ebenso schließt das völlig gesunde Herz ein kardial bedingtes Stauungsödem aus. Vor einer Verwechselung mit Myxödem schützt das Fehlen jedes weiteren Symptoms bei diesem lebhaften Kinde. Sklerödem hätte unter Kollaps-Temperaturen schon lange zum Tode geführt und sieht auch anders aus. Auch gegen Sklerom sprechen der ganze Habitus, Anamnese und Temperatur. Im Hinblick auf die Polyadenie und die geschilderte Blutbeschaffenheit könnte man entfernt an Hautveränderungen denken, wie sie bei Pseudoleukämie beschrieben sind. Im Säuglingsalter sind aber die Verhältniszahlen zwischen Lymphozyten und Neutrophilen noch so schwankende, daß man den hier gefundenen Quotient 5:4 zwar als hoch, aber noch innerhalb der normalen Breite fallend ansehen muß. Auch der anämische Blutbefund und der Nachweis so vereinzelter kernhaltiger ja selbst megaloblastischer roter Blutkörperchen darf nicht zu hoch angeschlagen werden: Der minderwertige Allgemeinzustand des zu früh geborenen Kindes im Verein mit seiner Rachitis rechtfertigen die geringgradige Anämie; und so wichtig beim Erwachsenen der Rückschlag des roten Blutes in den embryonalen Typus ist, so wenig darf man ihn bei solchen Säuglingen in Anschlag bringen. Selbst der kleine Milztumor ändert diese Auffassung nicht; er ist durch die Rachitis völlig erklärt. Ich sehe also keinen zwingenden Grund, der Blutzusammensetzung einen schwerwiegenden Einfluß auf die Pathogenese des Leidens einzuräumen. Die oben herangezogenen Fälle von Pseudoleukämie zeigten überdies stets der elephantiastischen Veränderung vorausgehende entzündliche Hauterkrankungen. Hier war davon nichts zu eruieren. Damit fällt auch die Annahme, daß es sich etwa um eine posterysipelatöse Hautveränderung (Elephantiasis streptokokkenes [Unna]) handeln könnte. Auch die Mutter

war während ihrer Schwangerschaft frei von solchen Leiden, so daß die von Mongrove für einige seiner Fälle in Betracht gezogene Ätiologie: Beeinflussung des Fötus durch die mütterliche Streptokokkämie, fortfällt. Die Adipositas dolorosa (Deccum) ist, wie der Name sagt, schmerzhaft und außerdem anders lokalisiert (Schultergürtel, obere Extremität). Auch mit Akromegalie kann das Bild nicht verwechselt werden; es sind eben nicht die „gipfelnden" Teile verdickt; namentlich fehlen auch die typischen Gesichtsveränderungen. Daß es sich ferner nicht um die Extremitätenverdickung der Barlowschen Krankheit handelt, lehrt die fehlende Schmerzhaftigkeit und der durch das Röntgenbild geführte Nachweis, daß die Verdickungen nicht durch periostale Blutungen hervorgerufen sind, und daß die Knochen keine „Trümmerfeldzonen" aufweisen. Ebenfalls ist der partielle Riesenwuchs im engeren Wortsinne auszuschließen; die Knochen sind ja nicht vergrößert.

Wir haben es also mit einem Fall von reiner kongenitaler Elephantiasis, die im wesentlichen der akquirierten Elephantiasis beim Erwachsenen entspricht, zu tun. Grätzer.

A. Peters (Rostock), Über kongenitale Wortblindheit. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 21.) In Deutschland ist bisher ein einschlägiger Fall noch nicht beobachtet. P. teilt einen solchen, der einen 12 jährigen Knaben betraf, mit und einen zweiten, der diesem ähnlich war, aber doch nicht mit ihm identifiziert werden darf; es handelte sich hier um einen Mikrocephalus mit Idiotie. Grätzer.

W. Knoepfelmacher, Die Vakzineprobe mittels subkutaner Injektion beim Kuhpockenkranken. (Aus dem Karolinen-Kinderspitale in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 21.) Schon früher hat K. darauf aufmerksam gemacht, daß bei geimpften Menschen auf eine subkutane Injektion verdünnter Kuhpockenvakzine eine lokale Reaktion an der Injektionsstelle eintritt, welche bei nicht geimpften Menschen überhaupt nicht oder doch nicht in gleich intensivem Grade auftritt. Neue Versuche, die er jetzt unternahm, beschäftigten sich nur mit dem Verhalten von Erstimpflingen; die Untersuchten erhielten am Tage der Hautimpfung eine subkutane Injektion von verdünnter, avirulenter Vakzine, und an den folgenden Tagen neuerliche Injektionen. Zur Prüfung gelangten 19 Kinder. 6 davon zeigten nur eine traumatische Reaktion, 4 eine zweifelhafte, 9 eine positive spezifische Reaktion, bestehend in einem 1—3 und mehr cm betragenden Erythem, meist diffus, selten fleckig, und in einem Infiltrat oder Ödem. Sie trat zumeist an dem Tage ein, an welchem die Area der Hautimpfung einsetzte. Und gerade jene Kinder reagierten deutlich allergisch, welche eine stärkere Area und die Impfpusteln bekamen.

Also bloß 8 von 19 geprüften Kindern zeigten nach der Impfung eine deutliche allergische Reaktion. Es ist das insofern auffällig, als in den früheren Versuchen die Reaktionen viel häufiger positiv ausgefallen sind. Damals handelte es sich jedoch zumeist um Menschen, welche revakziniert waren. K. muß daraus den Schluß ziehen,

daß die Revakzination auf das Entstehen der allergischen Reaktion einen großen fördernden Einfluß hat.

Noch in einer zweiten Richtung hat sich diesmal eine Abweichung von den früheren Versuchen gezeigt. Die Reaktionen waren selten so intensiv als wie in den früheren Versuchen. Möglicherweise hängen die Vorkommnisse mit der Qualität der angewandten Lymphe zusammen, welche auch diesmal aus der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien überlassen wurde. Daß der Ausfall der allergischen Reaktion beim Erstimpflinge lange nicht so lebhaft ist, als wie beim Revakzinierten, steht überdies in Einklang mit der Erfahrung, daß sich die Area beim Revakzinierten oft überaus lebhaft, viel lebhafter als beim Erstimpfling, entwickelt. Das ist insofern wesentlich, als K. ja schon in seiner früheren Mitteilung darauf hingewiesen hat, daß die lokale Reaktion, welche sich beim bisher noch nicht geimpften Menschen auf die Injektion von virulenter Lymphe nach 9—12 Tagen ausbildet, der Area bei der Hautimpfung gleichzusetzen ist.

Die Vakzineprobe mittels subkutaner Injektion kann angewendet werden, um bei einem bisher nicht geimpften Menschen die Diagnose der Vakzinekrankheit zu sichern. Grätzer.

Heimann (Schwäb. Hall), Über die Behandlung der Kindereklampsie mit Atropin. methyl. bromat. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 21.) Ein 5 Monate altes Kind bekam im Verlaufe einer Bronchitis, aus der sich eine Pneumonie entwickelte, heftige eklamptische Anfälle. H. spritzte 0,0001 Atropin. methyl. bromat. ein; der Injektion mußten tags darauf noch zwei gleiche folgen, dann sistierten die Anfälle vollständig. Grätzer.

Esser, Zur Kenntnis der kongenitalen Nebennierenlues. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Entstehung isolierter Nebennierentuberkulose. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 22.) E. schildert 2 Fälle von Nebennierenlues, bei denen sich als beachtenswerte Erscheinungen das entweder konstant vorhandene oder periodisch, gleich dem zerebralen unabhängig von der Nahrungsaufnahme auftretende Erbrechen und der mit Koliken einhergehende Durchfall fanden. Als Teilerscheinungen des Addisonschen Symptomenkomplexes führt E. sie auf den Ausfall oder die Insuffizienz der Nebennierenfunktion zurück.

Ferner lehrten die Fälle, daß bei kongenitaler Lues die Nebennieren, wenn nicht isoliert, so doch wenigstens vorwiegend befallen sein können, wobei noch zu bemerken ist, daß man bei syphilitischen Föten außer in der Leber speziell auch in den Nebennieren am häufigsten und leichtesten Spirochäten findet. Diese Beobachtungen möchte E. als eine Stütze für die kongenitale Entstehung der analog vorkommenden, isolierten Nebennierentuberkulose verwerten.

Grätzer.

J. Langer, Vorschläge zu einer medikamentösen Prophylaxe der Masern. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 22.) L. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen zur Prophylaxe Wasserstoffsuperoxydinhalationen und sagt: „Man bedient sich hierzu der gewöhnlichen Wasserdampfinhalationsapparate, in deren Vorlage-

glas man zur jedesmaligen Inhalation 20—25 ccm Wasserstoffsuperoxydlösung bringt. Zur Herstellung dieser empfehle ich vom 30 gewichts- = 100 volumprozentigen Merckschen Präparate, dem Perhydrol, auszugehen, da dieses Präparat sicher säurefrei ist und wenig reizt. Merck selbst empfiehlt nur jene Menge der Verdünnung herstellen zu lassen, die in den nächsten Tagen verbraucht wird, da erfahrungsgemäß das Alkali des Glases eine Zersetzung des Wasserstoffsuperoxydes mehr oder weniger schnell herbeiführt. Man verschreibt also:

Rep. Perhydrol. Merck 10,0
Aq. dest. 300,0
D. ad lag. colorat.

Es entspricht dies einer ca. 1 % igen Wasserstoffsuperoxydlösung, die ja noch eine geringe Verdünnung durch den Dampf erfährt. Willig inhalierende größere Kinder tun dies nun in der Weise, daß sie abwechselnd durch Mund und Nase oder bei geschlossenem Munde durch die Nase inhalieren. Bei kleineren, abwehrenden Kindern dagegen muß man durch Fixation derselben durch eine Person und Offenhalten des Mundes mittels eingeführten Löffels, Korkstöpsels, Holzkeiles oder Mundspiegels hierfür sorgen. Die Augen benötigen keiner Deckung, da das von einzelnen Kindern gelegentlich geäußerte Brennen doch nur ganz flüchtiger Natur ist. Der Effekt solcher prophylaktischer Inhalationen wird wohl um so sicherer erreicht, je früher nach dem Kontakte mit Kranken man sie anwendet. Es empfiehlt sich, mindestens 3—4 mal täglich obige Einzelmenge inhalieren zu lassen.“

Grätzer.

Stumpf (Würzburg), Über Bolusbehandlung bei Diphtherie. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 22.) „Von einer Bolusaufschwemmung im Verhältnis von 1 : 2 (z. B. 125 g Bolus auf 1/4 l frisches Wasser) reicht man den Kranken alle 5 Minuten oder auch noch häufiger 1 Teelöffel bis 1/2 Kinderlöffel voll zum Verschlucken. Gibt man die stets gut umgerührte Aufschwemmung in dieser Häufigkeit — von der möglichst häufigen Einführung des Mittels hängt natürlich der ganze Erfolg ab — so wird man bei der Rachendiphtherie ungefähr folgendes beobachten können: Schon nach kurzer Zeit verschwindet der üble Geruch im Munde, nach 2—3 Stunden beginnen Fieber und Pulszahl langsam zu sinken, gleichzeitig geht allmählich die Drüsenschwellung, und zwar oft ganz überraschend schnell zurück. Diesem Rückgang der Krankheitserscheinungen entsprechend sistiert fast mit Beginn der Behandlung die Zunahme der Beläge; schon nach ungefähr 10 Stunden bricht der diphtherische Rasen an einzelnen Stellen ein, er zerklüftet sich, zwischen den nunmehr inselförmigen Belagpartien wird die eigenartig glänzende und intensiv gerötete Rachenschleimhaut sichtbar. Schon nach 36 bis längstens 48 Stunden wird, wenn man die Behandlung nicht vorzeitig unterbricht, völlige Heilung beobachtet.

Von Patienten, die ausschließlich mit meinem Mittel behandelt wurden, konnte ich bis jetzt 15 im Alter von 1 1/2—11 Jahren beobachten. Es waren sämtliche Fälle reine und dabei ziemlich schwere Rachenaffektionen; wenigstens ließ bei der Mehrzahl der Fälle der

äußerst starke Fötor und die hochgradige Schwellung der submaxillaren und retromaxillaren Drüsen bei den gleichzeitig sehr erheblichen Allgemeinerscheinungen auf einen recht ernsten Charakter der Erkrankung schließen. Diese sämtlichen 15 Fälle führten unter dem vorstehend mitgeteilten Verlauf zur vollen Genesung.“ Grätzer.

H. Nothen, Über Resorzinvergiftung bei äußerer Anwendung. (Aus der Hautabteilung der Krankenanstalten in Köln). (Medizin. Klinik. 1908. Nr. 24.) N. beobachtete 2 derartige Fälle, von denen der eine ein Kind betraf und letal verlief.

Theodor G., 11 Tage alt, wurde am 20. November 1907 wegen Pemphigus neonatorum aufgenommen, er hatte am Kopfe, auf der Brust und an den Armen zahlreiche erbsen- bis walnußgroße Blasen. Handteller und Fußsohlen waren frei.

Das seinem Alter entsprechend normal entwickelte Kind wurde abends mit einer 3 $^0/_0$ igen Resorzinvaseline verbunden. Nachts um 2 Uhr wurde es von der Wachschwester tot aufgefunden.

Aus dem Sektionsbericht ist hervorzuheben, daß Pleura und Perikard eine eigentümliche, dunkelgraugrünliche bis dunkelbräunliche Farbe zeigten und daß die Ober- und Schnittflächen der Lungen, der vergrößerten Milz, der Nieren, des Herzens und der Lymphdrüsen eine braunschwarze Färbung aufwiesen, und daß die Blutgefäße mit schwarzem Cruor gefüllt waren. Der verdünnte Urin gab mit Eisenchlorid versetzt violette Phenolreaktion; ebenso ein mit Äther ausgeschütteltes, eingedampftes, mit Eisenchlorid versetztes Blutkoagulum. Auch mit Liq. plumbi subacetici wurde eine Resorzinreaktion herbeigeführt.

Wenn auch die behandelte Fläche hier ziemlich groß war, so war doch die Resorzinsalbe so schwach, daß ihre Anwendung unbedenklich erschienen war. Grätzer.

B. Chajes (Berlin), Mikrosporie in Berlin. (Medizin. Klinik. 1908. Nr. 24.) Ch. beschreibt einige Fälle der in Schöneberg herrschenden Hautkrankheit. Über die Therapie sagt er:

Was die Behandlung der Mikrosporie anbetrifft, so gibt es viele Mittel, welche wirksam sind.

Von Wichtigkeit ist

1. die Beschränkung der Erkrankung auf ihre Herde. Hierzu wird das Haar kurz geschoren und alle kranken Stellen in einem Umkreis von 5 mm epiliert;

2. das Entstehen einer leichten Entzündung der Kopfhaut. Zu diesem Zweck wird der ganze Kopf umschichtig jeden Abend mit

a) Jodtinktur (verdünnt 1 : 3—4)

b) folgender Salbe:

Acid. pyrogall	2,0
Ol. cadini	8,0
Vaselin. flav.	40,0

eingerieben. Die Jodtinktur bringt auch die kleinsten Herde durch die Gelbfärbung der erkrankten, dissoziierten Hornschicht zum Vorschein.

Im übrigen empfiehlt Sabouraud das Röntgenverfahren zur Epilation und Heilung, dessen er sich seit längerer Zeit mit gutem Erfolge bedient.

Unbehandelt heilt die Mikrosporie im Pubertätsalter. Grätzer.

A. Caan, Über additive Kutanreaktionen bei nachträglicher subkutaner Tuberkulinverwendung. (Aus der akadem.

Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Medizin. Klinik. 1908. Nr. 24.) C. beschreibt einen Fall, der nach einer subkutanen Tuberkulininjektion (1 mg) neben anderen additiven Reaktionen zunächst das Wiederaufflammen von bereits verschwundenen, früher positiven Pirquetreaktionen zeigte und dann an einer anderen Stelle, welche sich bei der Impfung absolut negativ verhielt, nach derselben Tuberkulininjektion gleichfalls eine ausgesprochene Reaktion aufwies.

Grätzer.

G. Krönig (Berlin), Die natürlichen Grenzen der Wirksamkeit einer Heilserum-Behandlung bei der Diphtheria faucium und ihre gelegentliche notwendige Ergänzung durch bestimmte lokale Maßnahmen. (Aus dem Städtischen Krankenhaus Friedrichshain zu Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Juli 1908.) In gewissen Fällen sieht man die Serumtherapie versagen. Es handelt sich da in der Regel um sehr harte Intumeszenzen der Mandeln und ihrer Umgebung, deren Oberfläche mit diphtherisch-nekrotischen Belägen behaftet ist. Die Gewebsmaschen des infizierten Bezirks sind hier offenbar vollgepfropft mit diphtherischen Massen, die Blut- und Lymphkapillarbahn ist bis zur Unwegsamkeit komprimiert und somit eine Sperre geschaffen für den gesamten Flüssigkeitsstrom in dem erkrankten Gebiet. Da wir annehmen müssen, daß die Antitoxine auf dem Wege der Blut- bzw. Lymphbahnen an den Krankheitsherd herumgeführt werden, um alsdann durch Osmose in das Innere desselben eindringen zu können oder aber auch umgekehrt, daß die Toxine aus dem Innern der diphtherisch infiltrierten Zone auf osmotischem Wege in die Kapillarbahn gelangen und von dort in die allgemeine Zirkulation, der eventuellen Vereinigungsstelle zwischen Toxinen und Antitoxinen, abgeführt werden, so ist ohne weiteres zu verstehen, weshalb es Fälle gibt, wo man mit der einfachen Seruminjektion nicht auskommt. Erst die Wiederaufhebung der Sperre vermag dem Serum den Eintritt in das erkrankte Gebiet zu bahnen. Diese Sperre wird nun aufgehoben durch einen die Prallheit des Infiltrats aufhebenden Entspannungsschnitt. K. pflegt stets, sobald eine hochwertige Einspritzung ohne Erfolg geblieben ist, das Fieber keine Abnahme zeigt und die diphtherisch befallenen Gewebsteile an Härte und Prallheit wenn möglich noch zugenommen haben, eine Inzision zu machen, welche das Infiltrat spaltet. Eine stärkere dabei entstehende Blutung ist prognostisch günstig; sie zeigt an, daß noch keine vollkommene Sperrung in den Kapillaren Platz gegriffen hat. Aus diesem Grunde versucht K. die Blutung zu unterhalten oder eine geringere dadurch zu steigern, daß er von außen möglichst warme Umschläge appliziert und auch die Mundhöhle selbst mit Spülungen warmen Wassers, dem irgend ein Antiseptikum, z. B. Kal. permang., hinzugesetzt ist, nachbehandelt. Der Eingriff selbst ist wenig schmerzhaft, bringt meist das Gefühl großer Erleichterung und erzeugt raschen Abfall der Temperatur. Seitdem K. in dieser Weise verfährt, hat er mit der Serumbehandlung entschieden bessere Erfolge erzielt.

Grätzer.

Lommel (Jena), Über Blutstillung mittels Serum bei Hämophilie. (Zentralblatt f. innere Medizin. 1908. Nr. 27.) Ein

4 jähriger hämophiler Knabe bekam anläßlich eines heftigen Keuchhustens profuse Nasenblutungen, die einen bedrohlichen Blutverlust zur Folge hatten. Da die enge Nase andere Maßregeln nicht zuließ, brachte L. dem Kinde tierisches Serum bei, um die fehlenden Gerinnungsstoffe ihm einzuverleiben. Da gerade Aronsonsches Streptokokkenserum zur Hand war, wurde dieses (20 ccm) subkutan angewandt. 9 Tage sistierten die Blutungen, dann begannen sie wieder. Es wurde nun lokale Applikation des Serums versucht, indem die Eltern kleine mit Serum getränkte Wattebäuschchen in die Nase einführten und das Kind veranlaßten, durch Einatmung das Serum heraufzuziehen. Momentaner Effekt, aber Wiederkehr der Blutungen bei neuen Keuchhustenattacken. Jetzt 10 ccm Serum subkutan. Die Blutungen blieben weg und kamen nicht wieder.

Grätzer.

Kohts, Über diphtherische Lähmungen und ihre Behandlung. (Therap. Monatshefte 1908, Juli.) Nach K. besteht die einzig radikale Therapie der diphtherischen Lähmung in der Bindung des diphtherischen Giftes durch das Antitoxin, um die allgemeine Zellendegeneration aufzuheben. Schon von Comby wurden große Dosen von Diphtherieserum für notwendig gehalten. K. selbst hat als bestes Mittel gegen diese Lähmungen Behrings Heilserum, im Verlauf der Krankheit 12000—30000 Immunitätseinheiten, ohne jeglichen Nachteil für die Patienten erprobt. Bei sich einstellender Herzschwäche ist die Anwendung von Koffein, kombiniert mit Digalen, zu empfehlen. Bei hochgradigen Lähmungen wurden noch Strychnininjektionen (3—6 dmg Strychnin. nitric.) öfter gemacht. 10 derartig Behandelte wurden im Verlauf von 2—4 Monaten vollständig wiederhergestellt.

Grätzer.

Garlipp, Einige Bemerkungen über den Scharlach und seine Behandlung. (Aus der Kinderklinik der Charité.) (Therap. Monatshefte, Juli 1908.) Der Rachen wird täglich mehrere Male ausgespritzt. Am besten hat sich als Mundwasser 5 $^0/_0$ ige Ichthyollösung bewährt; gut wirkt auch eine 3 $^0/_0$ ige Wasserstoffsuperoxydlösung. Bei stärkerem Diphtheroid verhindern Einspritzungen von 3 $^0/_0$ iger Karbolsäurelösung in die Tonsillen manchmal eine stärkere Halsdrüsenaffektion; man spritzt in jede Tonsille $^1/_2$ Pravazspritze mittels Taubescher Kanüle ein. Bei stärkerer Lymphdrüsenschwellung sind Verbände mit 50 $^0/_0$ iger Ichthyolsalbe öfters von Nutzen. Beginnende Mittelohrentzündungen scheinen durch Einträufeln von 5—10 $^0/_0$ Karbolglyzerin gebessert werden zu können; ist jedoch nur die geringste Vorwölbung am Trommelfell zu sehen, so schreite man sofort zur Parazentese. Urotropin zu geben zur Verhütung der Nephritis, ist völlig zwecklos. Das souveräne Mittel zur Verhinderung und Beseitigung der Urämie ist die Blutentziehung. Seitdem sie systematisch in der Klinik angewandt wird, ging kein Kind mehr an Urämie zugrunde. Sobald die tägliche Urinmenge unter 300—400 ccm sinkt, werden 6 Blutegel an die Nierengegend gesetzt und dann ausgiebig nachbluten gelassen. Wirkt auch dies nicht genügend, so wird am nächsten Tage ein Aderlaß gemacht und älteren Kindern ruhig 200 ccm Blut entnommen. Auch Schwitzbäder sind manchmal von

Nutzen. Bei stärkerem Blutgehalt des Urins ist die Verordnung von Gelatine (mit Himbeeressig zur Verbesserung des Geschmacks versetzt) von Vorteil. Die Serumtherapie kann G. nicht empfehlen; von keinem der Antistreptokokkensera wurde deutlicher Erfolg wahrgenommen. **Grätzer.**

Steinitz, Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus mit Stauungshyperämie. (Zeitschrift f. klin. Medizin. 64. Bd. 1. u. 2. Heft.) Die Stauungsbehandlung bei der akuten Polyarthritis wirkt fast ausnahmslos schmerzlindernd. Meist gelingt es durch sie, nicht bloß die Schmerzen zu beleben, sondern auch einen kurativen Effekt zu erzielen. Schaden dürfte ein Versuch damit kaum je; die Zahl der gegen Salizyl refraktären Fälle ist unter den zunächst mit Stauung behandelten nicht größer als unter den von vornherein mit Salizyl behandelten. Bei den meisten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus kann zunächst Stauung versucht werden. Vertragen die Patienten das Liegen der Stauungsbinden nicht, so ist es geboten, zur Salizylbehandlung überzugehen. Hohe Temperaturen bilden eine Kontraindikation der Stauungsbehandlung. Weiter empfiehlt es sich, in Fällen von mäßigem Fieber, wenn dieses am 5. Tage bei Stauung keine deutliche Tendenz zum Sinken zeigt, Salizyl zu verwenden. Das gleiche gilt für Fälle, in denen die Schwellung in raschem Wechsel von einem zum andern Gelenk überspringt. Da, wo keine Reaktion auf Salizyl erfolgt, ist stets Stauung, eventuell mit physikalischen Methoden kombiniert, zu versuchen. Bei frischer Endokarditis ist möglichst auf Salizyl zu verzichten und auf die Stauung allein zu rekurrieren. **Freyhan (Berlin).**

J. Rupprecht, Über multiple isolierte Risse der Descemetschen Membran als Geburtsverletzung. (Aus d. Univ.-Augenkl. Freiburg.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Februar 1908.) Isolierte Risse der Descemetschen Membran sind bisher bei verschiedenartigen Prozessen beschrieben worden, die entweder zu intraokularer Drucksteigerung oder Dehnung des Auges Veranlassung gaben.

Jüngst hat Peters einen derartigen Fall klinisch und pathologisch-anatomisch untersucht, bei dem diese Läsion durch ein Trauma, und zwar durch die Geburtszange, hervorgerufen worden war. Die Zange hatte so gelegen, daß die Spitze des einen Löffels den unteren Rand der linken Orbita traf, wobei der Bulbus mit erfaßt und gegen das Orbitaldach gepreßt wurde.

Auch Verf. hat bei einem Neugeborenen, bei dem die Zange angelegt worden war, multiple Risse der Descemetschen Membran gesehen und den Bulbus histologisch untersucht: Bei einer 27jährigen II-para mußte wegen engen Beckens, Febris in partu, schwacher Herztöne und Abgangs von Mekonium die Zange angelegt werden. I. Schädellage, Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser. Die Zange wurde im zweiten schrägen Durchmesser appliziert. Es mußte ein erheblicher Zug angewendet werden. Das Kind ließ einen Zangeneindruck über dem rechten Auge erkennen, der weiter über das rechte Scheitelbein nach hinten verlief. Links lag die Druckmarke seitlich vom Auge und verlief weiter über linkes Ohr und Scheitelbein. Es hat also

offenbar eine Rippe des rechten Zangenlöffels auf dem rechten Auge des Kindes geruht und dort einen erheblichen Druck ausgeübt. Das rechte Auge ließ anfangs nur eine zarte, diffuse, parenchymatöse Trübung der Hornhaut erkennen.

Am folgenden Tage starb das Kind. Der Sektionsbefund ergab Hypostase im rechten Unterlappen mit Atelektase, Klappenhämatome an der Trikuspidalis und Mitralis, subdurale Blutungen, Depression im linken Scheitelbein und einen leichten Bluterguß in die Seitenventrikel.

Verf. gibt betreffs der — immerhin seltenen — Augenverletzung einen ins einzelne gehenden histologischen Befund mit schönen Abbildungen.

Fragt man sich, warum gerade die Descemetsche Membran riß, während die übrigen Hornhautschichten intakt blieben, so verweist R. auf ein Analogon aus der Chirurgie: Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei Frakturen des Schädelgewölbes die Tabula interna ausgiebig gesplittert sein kann, während die Tabula externa viel weniger lädiert ist, ja eventuell überhaupt keine Splitterung erkennen läßt. Die physikalische Erklärung dieser Tatsache hat Fecan durch den sehr treffenden bekannten Vergleich mit einem Rohrstock gegeben, den man gewaltsam über das Knie bricht: die Holzfasern werden zuerst an der äußeren (konvexen) Seite zerrissen, wo die stärkste Dehnung stattfindet, wobei die innere (konkave) Seite zunächst noch intakt bleibt. (Einfacher noch kann man sich das physikalische Verhalten an einem Streichholz klar machen. An sich ist die Membrana Descemetii ebensowenig spröde wie die Tabula „vitrea“. Ref.)

Ähnlich liegen also die Verhältnisse bei der durch den Zangenlöffel nach dem Augeninnern zu eingedrückten Kornea. Hierbei wurde die hintere Hornhautfläche nach innen konvex und dadurch der stärksten Dehnung ausgesetzt. Dabei kam es zu isolierten Rissen der Descemetschen Membran. Die Dehnung in der Frontalebene bei der Abplattung des Bulbus kommt weiter in Betracht in gleicher Weise, wie bei der Hydrophthalmusdehnung die Risse entstehen.

Sommer (Mayen.)

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

C. v. Pirquet, Verlauf der tuberkulösen Allergie bei einem Falle von Masern und Miliartuberkulose. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 24.) Ein Fall von Tuberkulose wurde in den letzten sechs Lebenswochen täglich der kutanen Probe unterzogen; es wurde hierbei zunächst die vorübergehende Abnahme der tuberkulösen Allergie während des Masernprozesses genau festgestellt.

Die Allergie zeigte eine geringe Abschwächung mit dem Beginne des prodromalen Fiebers: die Reaktionen waren zuerst durch kürzere Zeit tastbar als früher, blieben dann undeutlich tastbar und verloren mit dem Beginne des Exanthems die Tastbarkeit völlig. 2—4 Tage

nach dem Auftreten des Exanthems bestand vollkommene Reaktionslosigkeit, dann trat die Reaktion wieder auf und erreichte 8 Tage nach Beginn des Exanthems normale Werte.

In den letzten zwei Lebenswochen fand sich entsprechend einer miliaren Tuberkulose eine kachektische Abschwächung der Reaktionsfähigkeit, welche 4 Tage vor dem Tode völliger Reaktionsunfähigkeit Platz machte.

Aus diesem Falle in Verbindung mit einer größeren Zahl anderer Beobachtungen über das Verhalten der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern ist der Schluß zu ziehen, daß die Reaktionslosigkeit auf die kutane Tuberkulinprobe in der Zeit des Masernexanthems eine vollkommen gesetzmäßige ist und diagnostisch verwertet werden kann. Grätzer.

W. Czastka, Beziehung der Pirquetreaktion zum Gehalt an Antikörpern. Perlsucht-Pirquet. (Aus dem Ambulatorium des Vereines Kinderambulatorium u. Krankenkrippe in Prag.) (Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 24.) Es wurde das Blut mit der Pirquetreaktion geprüften Patienten auf seinen Antikörpergehalt untersucht, und zwar nach der Komplementbindungsreaktion in der Wassermann-Bruckschen Modifikation. Blutentnahme und Pirquetimpfung wurden gleichzeitig vorgenommen. Es ergab sich, daß in einem erheblichen Prozentsatze bei nicht mit Tuberkulin behandelten Individuen Antikörper nachzuweisen sind.

Bei 29 Fällen wurden an denselben Personen die Reaktion nach Pirquet auf Alttuberkulin und Perlsuchttuberkulin (Höchst) untersucht. Nur dreimal war Perlsucht-Pirquet, und zwar um 5—7 mm stärker als der gewöhnliche; sonst überwog der Alttuberkulin-Pirquet im Mittel um 3 mm. Doch kamen auch Differenzen, freilich nur viermal, von 6—11 mm vor. Grätzer.

O. Grüner, Die kutane Tuberkulinreaktion im Kindesalter. (Aus dem Kaiser-Franz-Joseph-Spital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 27.) Aus den Ausführungen seien folgende Abschnitte wiedergegeben:

Der mit wenigen Ausnahmen positive Ausfall der Reaktion bei den durch klinische Beobachtung oder Obduktion als sicher tuberkulös erkannten Fällen, das Fehlen der Reaktion bei sämtlichen in obductione tuberkulosefreien Kindern berechtigen zweifellos, für den diagnostischen Wert und für die Spezifizität der v. Pirquetschen Allergieprobe bei Tuberkulose einzutreten. Wir dürfen nur niemals vergessen, daß der positive Ausfall der Kutanreaktion nur eine irgendeinmal stattgehabte Infektion mit dem Kochschen Bazillus bedeutet, mag auch die Erkrankung ganz latent verlaufen oder bereits ausgeheilt sein. Dadurch ist nun die diagnostische Verwendbarkeit der Allergieprobe nur in einem ganz bestimmten Sinne aufzufassen. Als diagnostisches Adjuvans darf sie in jedem Falle gelten. Dementsprechend haben wir bei unserem Krankenmaterial eine positive Reaktion bei Kindern über 3—4 Jahren nur mit Vorsicht dahin verwertet, daß der in Frage stehende klinische Prozeß, z. B. eine Bronchitis, tuberkulöser Natur sei, eher noch den negativen Ausfall

der Probe, wenngleich einzelne Fälle zeigten, daß damit Tuberkulose nicht sicher ausgeschlossen erscheint. Dagegen erwies sich die Kutanreaktion im Säuglingsalter und auch noch in den folgenden 2 Jahren als äußerst wertvolles, oft ausschlaggebendes Diagnostikum, weil kombinierte Erkrankungen, sowie latent verlaufende Tuberkulosen in diesem Alter nur selten vorkommen.

Auch für die Prognosenstellung bietet die Allergieprobe häufig Anhaltspunkte. Sehr schlecht ist die Prognose bei positiv reagierenden Säuglingen selbst bei geringem klinischen Befunde: von 16 starben elf, von den fünf Fällen der ersten 6 Monate sämtliche. Dabei betrug die Lebensdauer nach positiver Reaktion meist nur wenige Wochen.

Wichtig für die Prognose kann auch das Aussehen der Reaktion sein. Wenig erhabene, livid verfärbte, „kachektische“ Reaktionen geben in der Regel eine schlechte Prognose quoad vitam. Prognostisch ungünstig ist besonders der negative Ausfall nach einer vorher positiven Reaktion.

So interessant vom theoretischen Standpunkte aus das Studium des sichtbaren Verlaufes dieser Reaktion, ihrer Größe, Farbe, Persistenz usw., sein mag, feststehende Regeln für die diagnostische und prognostische Bewertung der klinischen Charaktere der Reaktion lassen sich gegenwärtig noch nicht aufstellen. Nur im allgemeinen kann gesagt werden, daß Kinder mit Skrofulose und Knochentuberkulose stärker reagieren als die intern tuberkulösen und die kräftigen Kinder wieder mit größeren Effloreszenzen als schwächliche. Die Durchschnittsgröße der Reaktion bei 60 Impfungen an „äußeren“ Tuberkulosen betrug 19 mm. Aber gerade ein recht abgemagertes Kind mit multipler Karies gab zweimal die allerheftigste Reaktion von mehr als 50 mm Durchmesser! Und ähnlich heftige Reaktionen wurden wiederum bei Kindern beobachtet, die klinisch vollkommen frei von Tuberkulose und Skrofulose waren.

Das Alter der Patienten scheint keinen bestimmenden Einfluß auf die Größe der Reaktion auszuüben, nur erreicht dieselbe bei kleineren Kindern meist früher ihren Höhepunkt als bei größeren.

Bei heftig reagierenden Kindern kam es nicht selten zu Pustel- und Blasenbildung; dieselbe führte in drei Fällen auch zu oberflächlichen Hautgeschwüren, deren Heilung 2—3 Wochen beanspruchte. Dies, sowie die oft lange sichtbare Pigmentierung sind die einzigen Schäden, die wir nach der v. Pirquetschen Allergieprobe beobachteten. Ausbildung von typischem Skrofuloderma, Auftreten von Phlyktänen oder von Fieber bei sonst afebrilen Kindern im Anschlusse an die Impfung haben wir in unseren Fällen nicht konstatieren können.

Wir haben es uns daher zur Regel gemacht, unbedenklich bei jedem neu aufgenommenen Kinde die kutane Tuberkulinprobe vorzunehmen. Der Ausfall derselben ist im Säuglings- und ersten Kindesalter von ausschlaggebender diagnostischer Bedeutung und unterstützt auch bei größeren Kindern häufig die Stellung der Diagnose und Prognose. Ebenso

wertvoll in sozialhygienischer Beziehung sind die in 95 % der Fälle verläßlichen Resultate dieser so einfachen Untersuchungsmethode für die Statistik der Tuberkulose im Kindesalter. Grätzer.

F. Smoler, Eine seltene Halsverletzung. (Aus der Landeskrankenanstalt zu Olmütz.) (Prager med. Wochenschr. 1908. Nr. 27.) S. schildert den Fall wie folgt:

Am 4. April a. c. um 7 Uhr abends wurde der 5jähr. Gutsbesitzerssohn A. H. aus Domeschau in die Olmützer Landeskrankenanstalt mit einer Wunde der linken Halsseite eingeliefert. Dieselbe war um 2 Uhr nachmittags des Aufnahmstages dadurch entstanden, daß der Knabe, der mit einer Flasche zum Kaufmann um Essig geschickt worden war, von der Steintreppe herabfiel, wobei die Flasche zerschlug und ihm ein spitzer Glasscherben in die linke Halsseite eindrang. Der herbeigerufene Arzt, Herr Dr. Hennet aus Sternberg, fand bei der Untersuchung des Verletzten, daß aus der Wunde Luft austritt, und veranlaßte daher dessen sofortige Überführung in die Olmützer Krankenanstalt.

Die scharfrandige Wunde war etwa 1 cm lang und klaffte auf 2 mm; sie lag unter Schildknorpelhöhe links zwischen Trachea und vorderem Rande des Sternokleidomastoideus und zog schief von innen unten nach außen oben. Die Atmung war frei und unbehindert; Luftemphysem nicht vorhanden. Da momentan kein Anlaß zu chirurgischem Eingriff zu bestehen schien, wurde zunächst nur ein Gazestreifen in die Wunde eingeführt und ein Verband angelegt.

Am nächsten Morgen fiel auf, daß der Verband stark durchfeuchtet war, und als wir nun den Knaben größere Mengen Milch trinken ließen, traten bei Rückwärtsneigung des Kopfes einige Tropfen aus der Wunde aus, wodurch eine Verletzung der Speiseröhre sichergestellt war. Der Patient wurde nunmehr in den Operationssaal gebracht, um die Wunde entsprechend zu versorgen. In Narkose mit Schleichs Siedemischung wurde die Hautwunde erweitert und dann dem Stichkanal nach in die Tiefe vorgedrungen; derselbe führte zwischen dem Sternokleidomastoideus und dem Gefäßbündel einerseits und der Trachea andererseits bis auf den Ösophagus, welch letzterer eine etwa erbsengroße Öffnung darbot, die durch prolabierte Schleimhaut verstopft war; ferner zeigte sich in der seitlichen Trachealwand eine etwa ½ cm lange, querliegende Schnittwunde, welche die bindegewebige Verbindung zwischen zwei Trachealringen durchtrennt hatte. Da sich diese Art von Tracheotomie wegen der Nähe der Ösophaguswunde für den Verletzten gefährlich erwies, schloß ich die Schnittwunde durch zwei Seidenknopfnähte und führte dann die regelrechte Tracheotomie in der Mittellinie aus und legte hier eine Kanüle ein. Was die Ösophaguswunde betrifft, so konnte ich mich wegen der Beschaffenheit der Wundränder nicht recht zur Naht derselben entschließen, und zwar deshalb, weil die Naht der Wunde zunächst gründliche Abtragung der ganz unregelmäßig zerschnittenen Wundfransen gefordert hätte, was aber einen beträchtlichen Substanzverlust des Ösophagusrohres zur Folge gehabt hätte; das schien mir aber mit Rücksicht auf die durch die folgende Naht zu gewärtigende Verengerung des Lumens nicht rätlich; so entschloß ich mich der dringendsten Indikation durch Einlegen eines dünnen Drains zu genügen, um dem Knaben Nahrung zuführen zu können. Das Drain wurde in der Haut befestigt, die Weichteilwunde locker tamponiert.

Aus dem weiteren Verlaufe habe ich zunächst eine fieberhafte Bronchitis zu verzeichnen, die eine Woche dauerte; am 12. April wurde der Ernährungsschlauch entfernt und Patient bekam feste Speisen zu schlucken; während diese an der Wunde vorbei in den Magen gingen, traten Flüssigkeiten noch zum Teil durch dieselbe aus. Am 16. April wurde die Trachealkanüle, die seit dem 14. April nur mehr in der Nacht liegen gelassen worden war, ganz fortgelassen und die Wunde heilte nunmehr ohne Verzögerung in wenigen Tagen. Wir behielten das Kind doch noch bis zum 10. Mai, um es in bezug auf Atmung und Speiseaufnahme beobachten zu können, in der Krankenanstalt und entließen dasselbe am genannten Tage vollkommen geheilt. Grätzer.

Ruotte (Blida), Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. (Archives de méd. des enfants, Février 1908.) Der Verf. hat im Laufe eines Jahres 14 Kinder wegen Leistenbruch operiert

und mit Ausnahme eines einzigen vollkommene Heilung des Leidens erzielt. Von den betreffenden Kindern hatten doppelte Hernien: 12 männlichen und 2 weiblichen Geschlechtes; 5 waren im Alter von unter einem Jahre, 7 unter 2 Jahren und 2 unter 3 Jahren. Der angewendete operative Vorgang war folgender. Es wurde über dem Leistenringe eine kleine, 2,5—3 cm lange Inzision gemacht, das Zellgewebe mit den beiden Zeigefingern aufgerissen, der Bruchsack an der äußeren Seite des auf den Finger geladenen Samenstranges isoliert, hoch angebunden und dann auch der Leistenring mittels einer Naht geschlossen. Es wird eine Hautnaht angelegt und verbunden. Der ganze Vorgang dauert einige Minuten. Man soll aber nur dann operieren, wenn man das Kind im Krankenhaus behalten kann oder die Umgebung desselben genügend intelligent ist, um die Antisepsis der Operationswunde durchführen zu können. Sonst ist es besser, das Kind älter werden zu lassen, wann dasselbe auch gefügiger ist und die Nachbehandlung auch eine leichtere wird. E. Toff (Braila).

Charles Leroux, L'adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Février 1908). Der Verf. hat, unterstützt von Labbé, Barret u. a., im Laufe von mehreren Jahren die klinische und radioskopische Untersuchung von 500 Kindern durchgeführt und dieselben auch durch längere Zeit in Beobachtung gehalten. Er ist zum Schlusse gelangt, daß die Tuberkulose im Kindesalter auf zweierlei Art beginnen kann: 1. Die Tuberkulose mit ganglionärem Anfange, welche klinisch sich durch Veränderungen der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen kundgibt und erst später die Lungenspitzen ergreift; 2. die Tuberkulose pulmonalen Ursprunges, die sich von Anfang an in den Lungenspitzen festsetzt und erst später auf die Lymphdrüsen der Trachea und der Bronchien übergreift. Die erstere Form spielt die Hauptrolle im frühen Kindesalter, während die zweite in der späteren Kindheit, meist zwischen 12 und 15 Jahren auftritt. In sehr vielen Fällen ist die Adenopathie einseitig und wird erst mit fortschreitendem Alter des Kindes doppelseitig, meist zwischen 6 und 10 Jahren. Das ist auch das Alter, in welchem die ganglionäre Tuberkulose auf die Lungen übergreift. Der Verlauf der Drüsentuberkulose ist ein sehr wechselnder; eine Heilung konnte nur bei jenen Kindern beobachtet werden, die längere Zeit auf dem Lande oder an der Meeresküste gelebt hatten, doch ist auch diese Heilung meist nur eine klinische ohne anatomische Sicherheit. Bleiben aber die Kinder in der Stadt unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen, so erhalten sich die tuberkulösen Drüsen jahrelang und gelegentlich, etwa im Verlaufe einer interkurrierenden Krankheit, erfolgt die sekundäre Infektion: Meningitis, chirurgische oder pulmonale Tuberkulose. Das Auffinden der tuberkulösen infizierten tracheo-bronchialen Lymphdrüsen ist also von Wichtigkeit, da dieselben der Heilung viel eher zugänglich sind, als die später auftretenden sekundären Infektionen. Namentlich ist der Aufenthalt an der Meeresküste in etwa 50% der Fälle von Heilung gefolgt. Bei zervikaler Adenopathie erzielt man sogar 75% Heilung. Um definitive Heilungen zu erzielen, muß auch der Aufenthalt ein entsprechend langer sein. E. Toff (Braila).

Ch. Mantoux, Intradermo-réaction à la tuberculine. (Académie des sciences, séance du 10 Août 1908.) Zur Ausführung dieser Reaktion gehört eine graduierte, sterilisierbare Pravazsche Spritze und eine feine Injektionsnadel. Ausgeführt wird dieselbe mit einer Tuberkulinlösung 1:5000, die man sich derart herstellt, daß man das Tuberkulin des Institut Pasteur mit physiologischer Kochsalzlösung im Verhältnisse von 1:49 verdünnt. Die Nadelspritze wird derart in die Haut eingestochen, daß die abgeschrägte Spitze derselben gegen die Hautoberfläche gerichtet ist, ferner wird dieselbe nicht durch die ganze Hautdicke durchgestochen, sondern nur bis ins Oberhautzellgewebe. Hat man die Haut bei zarter Kutis durchstochen und ist ins Unterhautzellgewebe gelangt, so genügt es, mit der Nadelspitze von unten aus die Oberhaut anzustechen und so die Einspritzung auszuführen. Man spritzt einen Tropfen ein.

In positiven Fällen manifestiert sich die Intradermoreaktion dadurch, daß wenige Stunden nach der Einspritzung eine deutlich fühlbare Infiltration an der Einstichstelle auftritt. Die Haut ist über derselben weiß oder rosa, fühlt sich wärmer an und ist etwas empfindlich. Die Infiltration entwickelt sich weiter und erreicht nach 48 Stunden ihren Höhepunkt. Dieselbe ist weit ausgebreitet, die Haut ist rosa, oft auch mit einer weißen Mitte und von einem erythematösen Hof umgeben. Die Infiltration geht dann zurück, doch bleibt ein infiltrierter, bläulich oder gelb verfärbter Knoten oft durch mehrere Wochen zurück. In negativen Fällen ist die Induration der Haut kaum angedeutet, vergeht rasch und nach 2 Tagen ist nichts mehr vorhanden. Allgemeinerscheinungen fehlen meist; nur in zwei unter 62 untersuchten Fällen wurden thermische Reaktionen von 39° und 38,3° beobachtet.

Der Verf. hat seine Methode bei Kindern und Erwachsenen angewendet, bei den meisten auch die gewöhnliche Dermoreaktion vergleichsweise ausgeführt und gefunden, daß die Resultate sich decken, daß aber die Intradermoreaktion viel präzisere und deutlichere Resultate gibt. Auch bei Tieren sind die Erfolge gleich gute gewesen.

E. Toff (Braila).

Vaquez, Traitement des épanchements pleuraux récidivants par les injections gazeuses. (Académie de médecine, séance du 26. Mai 1908.) Bei rezidivierenden pleuralen Ergüssen, namentlich wenn es sich um pleurale Ergüsse handelt, erzielt man gute Erfolge durch Einleiten von Gasen in die Pleurahöhle nach vorgenommener Punktion und Entleerung der vorhandenen Flüssigkeit. In manchen Fällen hat die Gasinjektion kurative, in anderen nur palliative Wirkung. Der Verf. nimmt an, daß es sich da um eine Druckwirkung handelt, indem der eingeleitete gasförmige Körper einen neuerlichen Erguß von Flüssigkeit verhindert. Es ist also von Vorteil, solche Gase zu injizieren, die einer sehr langsamen Resorption unterliegen, und ist hierzu am geeignetsten der Stickstoff. Man spritzt hiervon etwa die Hälfte so viel als die durch Punktion entleerte Flüssigkeitsmenge beträgt, also ein Stickstoffvolumen für zwei von pleuraler Flüssigkeit.

E. Toff (Braila).

Auché, Abscès multiples colibacillaires de lapeau d'un nourrisson. (Journ. de méd. de Bordeaux 1907. 18. Aug.) Im

allgemeinen ist der Staphylokokkus aureus der typische Befund in den multiplen Hautabszessen. Die Anwesenheit des Kolibazillus ist eine Ausnahme. Er fand sich in Reinkultur im Eiter von zwei Abszessen des Neugeborenen (Achtmonatkind), während er sich im Eiter des dritten Abszesses neben spärlichen Kolonien des St. aureus vorfand.

H. Netter (Pforzheim).

Lévy-Franckel, Sur quelques particularités des températures axillaire et rectale dans la méningite tuberculeuse de l'enfant. (Compt. rend. hebdom. Soc. de biol. 1908, 4. Juli.) Verf. konnte in sechs Fällen von tuberkulöser Meningitis bei Kindern von 4—15 Jahren eine Inversion von Achselhöhlen- und Mastdarmtemperatur konstatieren, indem die erstere um einige zehntel bis anderthalb Grade höher war als die Aftertemperatur. Diese Inversion der Kurven war bei ein und demselben Kranken inkonstant, von einer Stunde zur anderen konnte es zu einem Unterschied von mehreren zehntel Grad kommen, Differenzen, die bei den beiden Kurven nicht äquivalent waren. Diese Inversion und Unregelmäßigkeit der Kurven fehlte bei der Meningitis tuberculosa der Säuglinge und bei einigen Krankheiten mit meningitischen Symptomen, aber ohne wirkliche Meningitis (Pneumonie, Bronchopneumonie, Tetanie).

H. Netter (Pforzheim).

C. G. Grulee, Eclampsia of the mother as a cause of early nephritis in the child. (Arch. of Pediatrics 1907, Juli.) 24jährige Erstgebärende mit eklamptischen Anfällen alle 10 bis 15 Minuten. Im spärlichen Urin Zylinder und rote und weiße Blutkörperchen. 8. Schwangerschaftsmonat, Cervix klein, nur fingerdurchgängig, Blase gesprungen. Auf Morphium und Chloral Besserung für eine Stunde, dann Rückkehr der Konvulsionen. Sectio caesarea. Die Mutter verläßt das Hospital am 19. November nach 26 Tagen. Das Kind lebte nur 5 Tage und hatte ein Gewicht von wenig mehr als 4 Pfund. Am 29. Oktober eine Konvulsion, dann eine zweite, bald darauf Exitus. Autopsie 8 Uhr abends, 46 cm Länge, 4 Pfund Gewicht, Nabelschnur trocken, aber noch nicht abgefallen, Haut ikterisch. Gewicht der Thymus 44 g. Hämorrhagien an der Lungenbasis, Leber hyperämisch. In der Kapsel der 9 g schweren rechten Niere Hämorrhagien, in der linken Niere Harnsäureinfarkte. Makroskopisch keine weiteren Veränderungen. Mikroskopisch dagegen boten beide Nieren das Bild hochgradiger akuter parenchymatöser Degeneration. In den Meningen, den Lungen und dem perirenalen Gewebe der rechten Niere fanden sich ferner Hämorrhagien und die Leber zeigte die Merkmale der akuten parenchymatösen Entartung.

H. Netter (Pforzheim).

Fairbanks, Ataxia following measles. (Ataxie im Gefolge von Masern. Arch. of Pediatrics 1907. S. 770.) Der $4^1/_2$jährige Knabe hatte eine schwere Masernerkrankung überstanden, als er 14 Tage später unter langanhaltenden Schreianfällen und Bewußtseinsverlust wieder erkrankte. In den nächsten 6 Monaten war der Gang unsicher, die rechte Hand zeigte inkoordinierte Bewegungen und Intentionstremor. Die Sprache wies keine Veränderung auf. Rom-

bergs Phänomen war deutlich ausgesprochen, der Patellarreflex rechts lebhafter als links, Babinskis Phänomen vorhanden. Allmählich besserte sich der Zustand, doch war, als Verf. das Kind zuletzt sah, immer noch eine beträchtliche Inkoordination im rechten Arm vorhanden. H. Netter (Pforzheim).

Ch. H. Dixon, Gangrän des Wurmfortsatzes bei einem 3 Wochen alten Kinde. (Ann. of Surgery 1908, Jan.) Das einen Monat zu früh geborene Kind war 24 Tage alt, als es plötzlich eine ganze Nacht und den folgenden Morgen unaufhörlich Schreie auszustoßen begann. Verf. sah das Kind nachmittags. Seit 24 Stunden kein Abgang von Stuhl und Blähungen und in der rechten Leistengegend bestand eine anscheinend eingeklemmte Hernie. Bei der sofortigen Operation fand man im Bruchsack 8 cm Ileum, einen Teil vom Coecum und den Wurmfortsatz. Da letzterer adhärent und gangränös war, wurde er reseziert. Der Darm wurde reponiert und eine Radikaloperation beschloß den Eingriff. Die Heilung war ungestört. Die Adhärenz des Appendix am Bruchsack war ohne Zweifel die Ursache für den Descensus des Darmes. Die Mutter erzählte, daß das Kind seit der Geburt häufig Koliken gehabt zu haben schien, und daß während der letzten zwei Schwangerschaftswochen die Kindesbewegungen viel länger und lebhafter als früher waren. Es ist nicht sicher, ob der Appendix schon im intrauterinen Leben am Bruchsack fixiert war und ob die daraus möglicherweise herrührende lebhafte Unruhe des Fötus eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft bewirkt haben kann. Es war also kein Fall von Appendicitis, sondern Nekrose des Appendix im Sack einer eingeklemmten Leistenherie.

H. Netter (Pforzheim).

Colin King, Traumatische Ruptur des rechten Bronchus. (Brit. med. Journ. 1907, 25. Mai.) Das 11jährige Kind war um 3 Uhr nachmittags überfahren worden. Blutspeien, Kollaps, Hypothermie. Fraktur der 5. bis 8. linken Rippe. 2 Tage nach der Verletzung Pulsbeschleunigung, Fieber, Cyanose, rechtsseitiger Pneumothorax. Punktion. Hämoptoë. Exitus 55 Stunden nach dem Unfall. Autopsie: rechte Lunge zusammengesunken, die rechte Pleurahöhle voll Blut. Vollständige Ruptur des rechten Bronchus 12 mm unter der Bifurkation. Fraktur der 5. bis 8. Rippe links hinten, ohne Dislokation und ohne Zerreißung der Umgebung. Rechts keine Rippenfraktur und keine andere Verletzung. Alle Organe gesund.

H. Netter (Pforzheim).

H. G. Adamson, On a form of chronic superficial Dermatitis in circumscribed patches with symmetrical distribution occurring in children. (The British journ. of Dermat. April 1908.) Verf. beobachtete bei jüngeren Kindern mehrfach eine oberflächliche, in umschriebenen Areas auftretende Dermatitis, welche sich in Form trockener, schuppender Flecke symmetrisch im Gesicht, an den Beinen und seltener am Rumpfe ausbreitete und sich bei näherer Prüfung als Bildung kleiner ausgetrockneter Bläschen in der Hornschicht der Epidermis darstellte. Die Eruption leistete der Behandlung hartnäckigen Widerstand und dauerte manchmal Jahre hindurch. Histo-

logisch schien sie sich den psoriasiformen Parakeratosen anzureihen, doch sprach für die chronisch impetiginöse Natur der Erkrankung der eigentümliche Umstand, daß sie stets an Stellen auftrat, welche gewissen Infektionen ausgesetzt waren: am Ohre nach einer laufenden Ohrenentzündung, in der Nase nach Rhinitis oder in der Nachbarschaft schwer verheilender Wunden. Bakteriologisch war indessen nichts nachzuweisen.

Max Joseph (Berlin).

John Jeales Thomas, Hysteria in children. (The Journal of nerv. and ment. dis. April 1908.) Aus zwei Bostoner Hospitälern werden 24 Fälle von Kinderhysterie mit ausführlichen Krankengeschichten mitgeteilt. Sie umfassen Fälle bis zum 15. Lebensjahr, mit Ausschluß der Pubertät. 15 Mädchen, 9 Knaben. Über die Hälfte standen im Alter von 11—13 Jahren. Im Gegensatz zu den Angaben anderer, insbesondere französischer Autoren, ist die Kinderhysterie doch selten. 1—6 ‰ aller neurologischen Fälle und ca. 6 % der gesamten Hysteriefälle waren Kinderhysterie, nach Ronas z. B. 20 %. In 5 Fällen war nervöse Belastung, viermal Alkoholismus und Tuberkulose bei den Eltern nachweisbar. Körperliches wie psychisches Trauma, Nachahmung und Suggestion spielen eine große Rolle. Hysterische Stigmata sind bei der Kinderhysterie selten. Zweimal wurde Einengung des Gesichsfeldes, mehrere Male Sensibilitätsstörungen (meist Hyperästhesie) beobachtet. Schmerz ist ein besonders häufiges Symptom. Kontrakturen wurden viermal, schlaffe Lähmung, Astasie, Aphonie. Tremor je einmal, choreiforme Bewegungen zweimal, Krämpfe in $^1/_3$ aller Fälle beobachtet.

Die Differentialdiagnose zu organischen Erkrankungen ist mitunter schwer, zumal beide nicht selten kombiniert sind. Außer der Heredität spielen in der Ätiologie mangelhafte körperliche Konstitution, Erziehung, insbesondere psychisches Trauma, Schreck, Nachahmung, weniger die Onanie eine Rolle. Die Beziehungen zur Sexualsphäre (Freud) sind überhaupt selten.

Die Kinderhysterie ist der Heilung zugänglicher als die der Erwachsenen. Entfernung aus der Umgebung, zeitweise Isolierung, die Brunssche Überrumpelungsmethode sind die haupttherapeutischen Maßnahmen neben allgemeinen hygienischen Faktoren, Elektrohydrotherapie. Die Hypnose und Freuds „kathartische Methode“ ist bei Kindern weniger als bei Erwachsenen anwendbar.

Arthur Stern (Charlottenburg).

R. Jemma, Sulla guaribilitè della meningite tuberculare. (La Pediatria. November 1907.) Verf. berichtet über einen Fall eines 3 $^1/_2$ jährigen Knaben mit tuberkulöser Meningitis; es wurden mit der Lumbalpunktion zweimal 20 ccm Lumbalflüssigkeit entnommen; es trat Heilung ein. Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit und mit ihr vorgenommene Impfungen ließen an der Diagnose keinen Zweifel aufkommen.

F.

Niccolò Serio-Basile, Importanza diagnostica della sicerca del bacillo di Koch helle feci dei bambini. (La Pediatria. Dezember 1907.) Verf. hat in 18 Fällen, wo die klinische Diagnose auf Lungentuberkulose lautete, die Fäzes auf Tuberkelbazillen unter-

sucht, darunter in 6 Fällen mit positivem Erfolg. Aus den allgemeinen Schlußfolgerungen, zu denen er gelangt, ist vor allem von Bedeutung, daß er in dieser Untersuchungsmethode ein Hilfsmittel neben den andern Methoden sieht, das in den positiven Fällen eine große diagnostische Bedeutung hat, daß aber der negative Ausfall nicht ausschließen kann, daß es sich selbst um schwere Fälle handelt. Sicher ist, daß der Tuberkelbazillus den ganzen Digestionstraktus passieren kann, ohne erhebliche morphologische Veränderungen zu erleiden; er kommt in den Fäzes konstanter und zahlreicher vor, wenn er aus Erkrankungen der Darmschleimhaut herstammt, in sehr viel geringerer Menge dagegen, wenn er allein aus Affektionen des Respirationstraktus herrührt. F.

Kr. F. Andvord (Norweger), Über Tuberkuloseimmunität. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1908. Nr. 4.) Auf pathologisch-anatomische, klinische und statistische Erfahrungen gestützt, behauptet der Verf., daß 70—80 % der Tuberkulosefälle bei Erwachsenen einer Infektion im Kindes- oder schon im Säuglingsalter seine Entstehung verdankt. Ferner behauptet er, daß eine durchgemachte Tuberkuloseinfektion im Kindesalter einen gewissen Grad von Inmmunität hervorruft; Ansteckung in dem erwachsenen Alter sollte also gewöhnlich nicht stattfinden. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Karl J. Titlestad (Norweger), Subkutane Knoten bei Rheumatismus acutus im Kindesalter („Rheumatismus nodosus") mit Sektionsbericht. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1908. Nr. 6.) Nach einer Beschreibung des Leidens Mitteilung einer Krankengeschichte. Der kleine Patient starb an Endoperikarditis. Bei der Sektion wurden die rheumatischen Knoten entfernt und mikroskopisch untersucht. Die zentralen Teile bestanden aus sehr zellenarmem Gewebe und schienen hyalin degeneriert. Die peripheren Teile waren reich sowohl an Zellen als Gefäßen, einem Granulationsgewebe mit großen protoplasmareichen, in Längsreihen geordneten, am meisten spindelförmigen Zellen ähnlich; deutliche Lympho- oder Leukozitinfiltration war nicht vorhanden; die Gefäße hatten ziemlich dicke Wände und zeigten zum Teil auch eine hyaline Degeneration und Homogenisierung von beinahe sämtlichen Schichten. Das ganze Bild muß als eine chronische Entzündung gedeutet werden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Schaeffer, Zur habituellen Konstipation der Säuglinge. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. II. S. 217.) Die gemeine habituelle Konstipation ist eine Folge von Atonie oder spastischer Kontraktur der Darmmuskulatur. Sie soll nicht verwechselt werden mit der Konstipation, welche auftritt nach Überernährung (bei welcher das Erbrechen ein Defizit an Salzsäure, und so eine motorische Schwäche der Magendarmmuskulatur verursacht), oder mit der Konstipation aus anderen Ursachen (Hirschsprungsche Krankheit, Verengerung des Darmes, chronische Intussusception, Appendicitis usw.).

Bei der Behandlung der gemeinen habituellen Konstipation der Säuglinge hat sich, nach S.s Erfahrung, am besten bewährt, nicht nur als symptomatisches, sondern auch als Heilmittel gegen das Grundleiden

die Applikation der durch Clamann empfohlenen schlaffen Nélatonkatheter. S. verwendete Nr. 11 und 12 (englisches Maß). Der Katheter wird mit Öl befettet und bis etwa 15 cm weit ins Rektum eingeschoben, dann hin- und herbewegt. Die Defaekation folgt dann unmittelbar.

Graanboom.

v. d. Velde, Das Vorkommen von Blastomyceten bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. II. S. 727.) Bei einer systematischen Untersuchung der Flora der weiblichen Genitalorgane fand V., daß die Hefezelle eine ebenso bedeutende Rolle spielt wie die Bakterien.

Schon 1897 hatte Busse, nachdem er im Sekret von kranken weiblichen Geschlechtsorganen Blastomyceten gefunden hatte, die Meinung ausgesprochen, daß die bisher beliebte Gepflogenheit, viele der schleichend und chronisch verlaufenden Erkrankungen mit unbekannter Ursache schlechtweg für Gonorrhöe anzusehen, nicht zutrifft.

In einer großen Anzahl Fälle von Erkrankungen weiblicher Geschlechtsorgane fand auch V. Blastomyceten, welchen er für die Ätiologie des Leidens eine bedeutende Rolle zuschreibt. Die Quelle der Infektion war öfter im Waschwasser zu finden.

Auch in 2 Fällen von akuter Vulvitis und Colpitis bei Kindern von 2—4 Jahren fand V. ebenso wie bei der Mutter Hefezellen im Sekret.

Graanboom.

Duker, v. Pirquets Hautreaktion bei Tuberkulose. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. II. S. 798.) D. versuchte den Wert der Pirquetschen Kutireaktion in 19 Fällen, worunter 11 Kinder. In sechs sicher konstatierten Fällen von Tuberkulose fiel die Frühreaktion positiv aus. In einigen Fällen aber von zweifelhafter Tuberculosis (u. a. Bazillen im Sputum) war die Frühreaktion negativ. In zwei anderen Fällen trat eine positive Reaktion auf, wo die klinischen Erscheinungen gegen Tuberculosis sprachen.

Obgleich aus diesen Untersuchungen der Wert der Reaktion etwas fraglich ist, ist D. doch der Meinung, daß eine Untersuchung an einem großen Krankenmaterial wünschenswert sei. Graanboom.

Hymans und **Polak Daniëls,** Die Behandlung der Tuberkulose mit dem Marmorekshen Serum. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. II. S. 798.) Die Autoren haben kurz nach der Marmorekschen Mitteilung im Jahre 1903 das Serum als Heilmittel der Tuberkulose einer Untersuchung unterzogen. Ihre anfänglichen Resultate waren nicht ermutigend. In der letzten Zeit aber haben sie die Anwendungsweise, die früher subkutan war, in eine rektale Applikation verändert, und seit dieser Zeit wurden die Resultate sehr günstig.

Für diesen Zweck werden mittels einer Glyzerinspritze mit langer Kanüle, nach Leerung des Darmes, 5—6 ccm Serum in das Rektum injiziert. Sie sahen nie unangenehme Zwischenfälle, obgleich die Behandlung monatelang täglich geschah. Im ganzen wurden 21 Patienten behandelt, worunter Kinder, die an Tuberculosis der inneren Organe (besonders der Lungen), oder auch an chirurgischer Tuberkulose litten. Die Observation dauerte bei einzelnen mehr als $1^1/_2$ Jahr. Bei der Tuberkulose der inneren Organe wurde,

selbst in schweren Fällen, belanglose Besserung erzielt, sowohl was den allgemeinen Zustand, als auch den lokalen Prozeß anbetrifft. In den Fällen chirurgischer Tuberculosis sahen sie beinahe immer einen ausgezeichneten Erfolg, besonders wenn das Mittel frühzeitig angewendet wurde. Die Autoren hegen keine Bedenken, das Marmorekschе Serum warm zu empfehlen. Graanboom.

Hymans van den Bergh, Über Alkaptonurie. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1907. II. S. 1117.) Wie bekannt ist, versteht man unter Alkaptonurie die Ausscheidung eines Harnes, der die folgenden Eigenschaften hat. Der früh entleerte Harn besitzt eine beinahe normale Farbe. Bei längerem Stehen aber, ebenso bei Zusatz von Ammoniak oder Lauge, erhält der Harn, wenn er mit Luft (bzw. Sauerstoff) geschüttelt wird, eine dunkelbraune Farbe. Obgleich ein solcher Harn nicht gärungsfähig ist und auch Nylanders Flüssigkeit nicht reduziert, reduziert er wohl die Fehlingsche Lösung, so daß Verwechselung mit Diabetesharn möglich ist.

An sechs, durch H. genau beobachteten Fällen wurden die Besonderheiten der Alkaptonurie und ihr Wesen studiert. In 2 Fällen wurden genaue Stoffwechseluntersuchungen gemacht. Bei diesen erwies sich, daß Faltas Meinung, als sollte die Homogetinsäure ein Produkt des normalen intermediären Stoffwechsels sein, unrichtig ist.

Obgleich die Alkaptonurie für die Pathologie des Stoffwechsels von größerem Interesse sei als für die Klinik, erachtet H. es doch für den Arzt notwendig, daß er diese Störung kennt, um eventuelle Verwechselung mit Zuckerruhr zu vermeiden.

Für den Alkaptonuriker ist die Störung ohne jeden Nachteil. Sie hat auf den Gesundheitszustand keinen Einfluß. Sie besteht gewöhnlich von der frühesten Jugend ab (die Windeln der Säuglinge werden an der Luft schwarz) das ganze Leben hindurch, und sie geht nur in seltenen Fällen vorüber. Die Störung ist in der Regel familiär und kommt häufig bei Blutsverwandtschaft vor. Graanboom.

V. Babesch und **D. Manolescu** (Bukarest), Über einen in endokarditischen Vegetationen gefundenen Diphtheriden. (România medicala. Nr. 12. 1908.) Obzwar mehrfach Bazillen gefunden worden sind, welche große Ähnlichkeit mit dem Löfflerschen zeigen, so ist doch die pathogene Rolle derselben keineswegs klargelegt. Die Verff. haben nun sowohl in endokarditischen Vegetationen, als auch in der Lunge, den Bronchien und im Uterus diphtherieähnliche Bazillen gefunden, welche sich von den Löfflerschen nur dadurch unterschieden, daß sie kleiner waren, weniger Krümmungen darboten, etwas verschiedene Kolonien bei Zimmertemperatur bildeten und eine schwächere Virulenz und Giftigkeit darboten, als die wahren Diphtheriebazillen. Ob dieser Bazillus allein oder nur in Assoziation mit Streptokokken pathogen werden kann, ist noch nicht festgestellt. In dem von den Verff. untersuchten Falle war eine solche Assoziation vorhanden und hatte zur Bildung einer ulzerös-vegetierenden Endokarditis und einer Herzdegenereszenz mit kleinen nekrotischen und hämorrhagischen Herden Veranlassung gegeben. E. Toff (Braila).

Th. Mironescu (Bukarest), Über hypogenetische Nephritis. (România medicala. Nr. 12. 1908.) Es wurde von verschiedenen Forschern die Aufmerksamkeit auf eine eigene Art von Nephritiden hingelenkt, deren Ursache in einer angeborenen mangelhaften Entwickelung dieser Organe, oder nur eines derselben zu suchen ist. Namentlich von Babesch und seinen Schülern sind derartige, als hypogenetisch bezeichneten Nieren beschrieben worden, bei denen nicht nur gewisse Teile, wie z. B. die Malpighischen Körperchen oder die Arterien in der Entwickelung zurückgeblieben waren, sondern es sich um eine wahre Hypogenese des ganzen Organes handelte. Klinisch kennzeichnet sich die hypogenetische Nephritis durch den plötzlichen Anfang, das Auftreten, das oft infolge einer leichten Infektion stattfindet, die bedeutende Hypertrophie des Herzens und die schwere, meist tödliche Urämie. Bei der Nekropsie findet man die Nieren viel kleiner als normal, mit embryonaler Lappung und viel tiefer gelegen, als dies sonst der Fall ist. Die Pyramiden sind kleiner und ihre Anzahl eine geringere. Als weitere fötale Zeichen bei hypogenetischer Nephritis findet man glatte Muskelfasern in der Umgebung der Blutgefäße, eine bedeutende Menge von interstitialem Bindegewebe, oft von embryonalem Charakter, gebildet von mononuklearen Zellen und Fibroblasten. Im allgemeinen kann aber gesagt werden, daß die beschriebene Art von Nephritis nicht zu den häufigen Vorkommnissen gehört.

E. Toff (Braila).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Versammlung der Vereinigungen der südwestdeutschen und der niederrheinisch-westfälischen Kinderärzte

im Hörsal der medizinischen Klinik zu Heidelberg am 3. Mai 1908.

Vorsitzender: Feer (Heidelberg).
Schriftführer: Krayer (Heidelberg).

Nach dem Willkommengruß durch den Vorsitzenden wird auf Vorschlag Engels (Düsseldorf) als Ort der nächsten Tagung Wiesbaden angenommen, wo auch der Internistenkongreß stattfindet.

Feer legt eine Einladung vor, welche zur Besichtigung der Nathan Strausschen Milch-Pasteurisierungsanstalt eingegangen ist, und kritisiert die Reklame und Propaganda, welche die Tagesblätter für dieses System machen.

Deutsch (Frankfurt a. M.) bedauert auch die irreführende Propaganda von Straus in der Presse und empfiehlt, wie er es in Frankfurt a. M. getan, durch Aufklärung des Publikums, Gegenartikel in der Presse entgegenzuarbeiten.

Vorträge.

Biedert (Straßburg)[1]) hat **einen Versuch zur statistischen Aufklärung über die Erfolge der modernen Säuglingsfürsorge** gemacht, der an der Hand von Kurven, die der französischen Statistik entnommen sind, demonstriert wird. Der gut markierte

---

[1]) Wegen plötzlicher ernster Wendung in dem seit längerer Zeit bestehenden Leiden von Biedert hat Würtz (Straßburg) die Demonstration nach einem Manuskript und Tafeln von B. freundlichst übernommen.

Herabgang der französischen Säuglingssterblichkeit vom Jahre 1898 ab sprach für einen solchen Erfolg, nachdem vom Beginn der 90er Jahre die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Frankreich mit zunehmender Energie begonnen hat. Da diese Bekämpfung vorzugsweise in den Städten und darunter wieder hauptsächlich in Paris vor sich geht, mußte auch hier vorzugsweise der Erfolg in jenem Absinken der Sterblichkeit sich zeigen. Die demonstrierten Tabellen aber zeigen das Gegenteil, indem die Mortalité rurale den weitaus stärksten Rückgang zeigte, die „urbaine" merklich geringeren, die des Departement de la Seine (mit Paris) eine fast horizontal verlaufene Kurve aufwies. Soweit lag das Material im vorigen Jahre vor. In diesem Jahre kamen noch die 2 Jahre 1904 und 1905 dazu, mit ganz ähnlichem Ergebnis, nur daß die Sterblichkeit in der Seine wieder noch etwas in die Höhe gegangen war.

Während also hierbei die Statistik stumm blieb oder einen äußerst ungünstigen Aufschluß gab, gab sie eher eine Auskunft, als mit ihrer Hilfe die Durchschnittstemperatur in den Sommermonaten der Kindersterblichkeit gegenübergestellt wurde, und in den Jahren 1898—1900 mit noch hoher Sterblichkeit die Sommertemperatur sich höher stellte, 1901—1903 bzw. 1902 eine geringere Zahl von Säuglingstodesfällen einer niederen Sommertemperatur gegenüberstand. Auch diese Beobachtung fand ihre Bestätigung in den zwei folgenden Jahren, von denen das Jahr 1904 wieder einen energischen Aufschwung der Todesfälle zugleich mit der Sommertemperatur gegenüber der niedereren Temperatur und der geringereren Sterblichkeit von 1903 aufwies. Das erinnert an Meinerts Anschuldigung der Hitze mit ungünstigen Wohnräumen, welche das Schicksal der Insassen beherrschen.

Biedert behält sich eine Vervollständigung vor. Die Arbeit wird in extenso anderweitig erscheinen.

Engel (Düsseldorf): **Zur Gerinnbarkeit der Frauenmilch.** Die Frauenmilch gerinnt normal durch Säurelabwirkung. Die Fällung ist abhängig von einem Optimum der Säuerung, der Verdünnung und des Fettgehaltes.

E. Wieland (Basel): **Klinisches über Frührachitis.** Ausführliche Mitteilung im J. f. K., Bd. 67.

Diskussion: Auf die Frage Rehns betr. den histologischen Beweis für das zweifellose Fehlen angeblicher Rachitis erwidert Wieland, daß seine bisherigen Untersuchungen an 50 Neugeborenen und 10 Weichschädeln keinen Anhaltspunkt für kongenitale Rachitis ergaben.

Siegert weist auf das Auftreten der Craniotabes rechts hin, erklärt durch die Lage im Schlaf, und wendet sich gegen die Essersche Überfütterungstheorie der Rachitis.

Feer: Nichtrachitische, weiche Stellen an Schädeln junger Säuglinge finden sich in der Literatur öfters beschrieben, sind aber bis jetzt zu wenig beachtet und erforscht worden. Feer selbst glaubte früher klinisch öfters bei Neugeborenen Rachitis diagnostizieren zu dürfen, hat dieselbe aber histologisch nie nachweisen können. Heredität und Überfütterung sind nach seinen Erfahrungen nur nebensächliche ätiologische Momente bei der Rachitis.

Feer (Heidelberg): **Zur Pathologie und Therapie des konstitutionellen Säuglingsekzems.** Es lassen sich klinisch häufig zwei Formen unterscheiden:

1. Das nässend-krustöse Kopfekzem, das blühende, fette und pastöse Kinder ergreift. Ausgang vom Kopfgneis. Der übrige Körper ist nicht, oder weniger beteiligt. Diese seborrhoische Form betrifft überfütterte Kinder mit gesundem Magendarmkanal, oft Brustkinder.

2. Das disseminierte Ekzem findet sich bei künstlich Ernährten, die bisweilen, aber durchaus nicht immer überfüttert sind. Es besteht eine chronische Ernährungsstörung. Öfters Darmstörung. Die angeborene und hereditäre Disposition ist bei der 2. Form viel ausgesprochener.

Die äußere und medikamentöse Behandlung ist nicht zu entbehren, sie leistet aber ohne diätetische Maßnahmen im ganzen wenig, oft nichts. Besonders beim Kopfekzem leistet die diätetische Behandlung sehr viel. Die Hauptsache ist Verminderung der Nahrung, speziell der Milch (nur $^1/_2$—$^1/_4$ Liter Milch im Tag) mit Zugabe von Mehl vom 3. Monat an. Im 2. Halbjahre Obst und Gemüse. Günstig wirkt oft abgerahmte Milch. Eier sind schädlich.

Viel schwieriger ist das disseminierte Ekzem zu beeinflussen. Die neue Finkelsteinsche Behandlungsmethode (Ernährung mit Kuhmilch, der $^4/_5$ der Molke entzogen sind, und Zusatz von Haferschleim und Rohrzucker) wurde in 7 Fällen angewendet (2 Fälle von Kopfekzem, 5 disseminiert). Sie ergab guten Erfolg bei Kopfekzem, nicht dagegen bei der disseminierten Form. Ein Fall heilte unter Molkenernährung, zwei abgeheilte Fälle blieben bei wochenlanger Molkenernährung gut. Vortr. glaubt, daß die Schädlichkeit der Milch nicht durch die Molke an sich bedingt ist, sondern in der gleichzeitigen Ernährung mit Molke und Fett beruht; diesbezügliche Stoffwechseluntersuchungen sind im Gange.

Diskussion: Tripke (Coblenz): Das seborrhoische Ekzem beginnt am Kopfe, das disseminierte meist an den Wangen; das seborrhoische Ekzem heilt am besten ab, wenn die Krusten mit Olivenöl erweicht und abgewaschen werden, dann Zinköl aufgetragen wird. Wesentlich ist neben Beschränkung der Nahrung, besonders des Fettes, die Zufuhr von vor allem frischem aber auch gekochtem Obst und Obstsaft, den man schon in den ersten Lebenswochen geben kann. Das disseminierte Ekzem heilt am besten unter Bestrahlung mit der Quecksilberlampe.

Würtz (Straßburg) hat die Finkelsteinsche Methode mehrfach nachgeprüft und zwar ausschließlich bei Eczema seborrhoicum, konnte sich jedoch von einem durchschlagenden Erfolge nicht überzeugen. Es tritt wohl nicht selten eine Besserung ein, die aber nur gewöhnlich kurz anhält. Mehrfach sind dagegen ganz schwere Darmerscheinungen aufgetreten trotz sorgfältiger Herstellung der Nahrung, die ein sofortiges Aussetzen der Finkelsteinschen Milch zur absoluten Notwendigkeit machten. Weitaus zweckmäßiger hat sich die fettarme Ernährung besonders auch mit Buttermilch erwiesen, die übrigens auch in der Privatpraxis durchführbar ist.

Gernsheim (Worms) empfiehlt regelmäßige Applikation von Darmspülungen und zugleich erweichende Borsäurepriеßnitze. Nach Entfernung der Krusten Naphtalan mit Ung. praec. alb. und Zusatz von Stärke und Zink bis zur Pastenkonsistenz.

Mettenheimer (Frankfurt a. M.) empfiehlt Steinkohlenteer, macht auf Nephritisgefahr aufmerksam.

Rehn (Frankfurt a. M.) bezeichnet den Ekzemtod als Herztod, fand Degeneration des Myokard, in vivo Herzverbreiterung.

Bartenstein (Kreuznach) erwähnt 2 Fälle von disseminiertem Ekzem bei Kindern nach dem 1. Lebensjahr, von denen der eine ein fettes mit Milch überernährtes Kind von 2 Jahren betraf, das bei Verminderung der Milchmengen unter gleichzeitiger Steigerung der Salzmengen durch Zugabe von Fleischbrühe und Gemüsen sein Ekzem verlor. Bei dem anderen Kinde von 4 Jahren, das nicht fett, ein schwacher Esser und mit minimalen Milchmengen ernährt war, heilte das Ekzem bei Einschränkung der Salzmengen in der Nahrung.

Camerer (Stuttgart) beobachtete Myocarditis als Todesursache bei Ekzem, hält Arsen für zweckmäßig. Lebertran, äußerlich appliziert, wirkt meist günstig und beruhigend. Sparsame Zufuhr von Fett und Salzen wesentlich.

Rey (Aachen) erwähnt seine Veröffentlichung von 1902, in der er die Einteilung Feers auch gebracht hat und als dritte Art die akuten fieberhaften Ekzeme hinzufügte mit rein septischem Charakter gegenüber den beiden anderen, die mehr chemisch alimentäre Intoxikation als Ursache haben. Behandlung hauptsächlich diätetisch, knapp und fettarm und sehr unterstützend, eventuell unentbehrlich sind zahlreiche Darmspülungen, die das Jucken sofort bessern, das Ekzem trocken machen und die äußerliche Behandlung mit Lebertran, Teer usw. erleichtern. Individuelle Unterschiede spielen große Rollen bezüglich der Erfolge.

Feer bemerkt in seinem Schlußwort gegenüber Tripke, daß er die Lösung der Kopfhaut mit Öl oder Vaselin vornimmt, aber auch von der Entfernung mit Wasser keinen auffälligen Schaden sah. Darmspülungen nach Rey ergaben keinen Nutzen. Über die Behandlung mit Steinkohlenteer und Lebertranhaube fehlen ihm Erfahrungen, dagegen wendete er Arsen häufig bei trockenem Ekzem mit bestem Erfolg an. Die angeborene und neuropathische Anlage ist von sehr großer Bedeutung.

Jordan (Heidelberg): **Der Standpunkt des Chirurgen bei der Appendicitis der Kinder.** Vortr. individualisiert in jedem Falle. Er ist Gegner der bedingungslosen

Frühoperation. Im akuten Anfall erspart er leichten Fällen die Operation; bei allen mittelschweren und schweren Fällen befürwortet er unter allen Umständen die Frühoperation. Im intermediären Stadium (3.—6. Tag) wird bei diffuser Peritonitis und schlechtem allgemeinem Zustand unter energischer Allgemeinbehandlung eine eventuelle Abgrenzung der Entzündung abgewartet und später inzidiert; bei diffuser Peritonitis, die noch im Fortschreiten begriffen ist, und gutem Allgemeinzustand ist die Operation indiziert. Ist bereits eine Abgrenzung erfolgt, so kann man unter steter Beobachtung mit der Inzision warten, bis festere Adhäsionen sich gebildet haben. Im Spätstadium (vom 7. Tage ab) ist die Laparotomie bei bestehender diffuser Peritonitis meist aussichtslos. Bei umschriebenem Exsudat empfiehlt sich sofortige Eröffnung. Sind Zeichen spontanen Rückgangs vorhanden, so kann man abwarten und die Intervalloperation anschließen. Die Intervalloperation empfiehlt sich im Kindesalter: 1. nach jedem spontan ab gelaufenen mittelschweren und schweren Anfall, auch wenn keine Beschwerden mehr bestehen. 2. Nach jedem sicher diagnostizierten leichten Anfall. Bei der rein chronischen Appendicitis, die in ganz kurzen Anfällen von Leibschmerzen und Erbrechen sich dokumentiert und auf den allgemeinen Gesundheitszustand sehr ungünstig einwirkt, ist die Resektion des Wurms eine sehr segensreiche und dankbare Operation.

Diskussion: Selter (Solingen): Die Häufigkeit der Abheilung der Appendicitis, die relative Seltenheit der Rezidive im ganz jungen Kindesalter veranlaßt die Frühoperation nicht à tout prix vorzunehmen; den Schmerz möchte er nicht als Gradmesser der Schwere der Erkrankung angewandt wissen.

Schiller (Karlsruhe) hält nach persönlichen Erfahrungen die Appendicitis der Kinder für gefährlicher, wie die der Erwachsenen, wenigstens erfordert sie öfters chirurgisches Einschreiten. Die Beobachtung des Schmerzes im Kindesalter hält er doch nicht für so bedeutungslos, jedenfalls soll man sich des Opiums enthalten und lieber bei Belladonna und Alkoholwickel abwarten. Übrigens sind auch anatomisch scheinbar gleichartige Fälle prognostisch nicht gleichartig anzusehen, da sie epidemiologisch verschieden sind. In dieser Beziehung sind besonders die Influenzaappendiciditen hervorzuheben, die im allgemeinen gutartiger zu verlaufen scheinen.

Böhm (Frankfurt a. M.) richtet an den Vortr. die Anfrage, welche Ansicht er über Anwendung des neuerdings auch von chirurgischer Seite empfohlenen Rizinusöls und den Wert des Heilserums bei der Appendicitisbehandlung habe.

Jordan ist Gegner von Abführmitteln.

Rehn (Frankfurt a. M.) rät zur Frühoperation, jedenfalls zur Intervalloperation nach dem 1. Anfall.

Schelble (Freiburg): **Zur Bakteriologie des chronischen Darmkatarrhs.** Vortr. fand bei seinen Untersuchungen über die Ätiologie des chronischen Darmkatarrhs besonders bei Kindern, die an Spitalismus litten, in Ausstrichpräparaten und Kulturverfahren Bacterium coli. Bei Prüfung der Virulenzunterschiede mittels Agglutinationsverfahren kam er zu folgenden Ergebnissen:

1. Durch Agglutination von Coli weit über 1:50 hinaus (obere Grenze vorläufig noch nicht anzugeben) wird spezifische Pathogenität der Stämme für den menschlichen Darmkanal nicht bewiesen.

2. Die Coliagglutinine, mit denen der Neugeborene nur spärlich ausgestattet zur Welt kommt, scheinen sich schon in den ersten Lebenstagen bis zu der bei gesunden Erwachsenen gewöhnlich gefundenen Höhe zu vermehren.

Auf Grund klinischer Erwägungen glaubt Vortr. jetzt, daß der bei mangelhaften Pflegeverhältnissen ausnahmslos auftretenden „Schädigung durch Säuglingshäufung" keine einheitliche Ätiologie zugrunde liegt, sondern daß sehr verschiedene für die zarten Kinder ungünstige Momente den gleichen Endeffekt, den „Spitalismus", hervorbringen.

Würtz (Straßburg): **Eine Mißbildung als Ursache unstillbarer Blutung beim Neugeborenen.** Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte eines Kindes, das bei schwerem Ikterus, acholischen Stühlen, eiweiß- und gallenfarbstoffhaltigem Urin, Blutungen aus Mund, Anus und Nabel am 12. Lebenstage zum Exitus gekommen war. Bakteriologisch-kulturelle Blutuntersuchung negativ, ebenso der mikroskopische Befund.

Autopsie: Atresie des Ductus choledochus bei einem sonst normalen Kinde.

Bei der absoluten Sicherheit, mit der Lues ausgeschlossen werden kann, bildet dieser Fall eine wesentliche Stütze für die Ansicht, daß in der Atresie der Gallengänge nichts anderes zu sehen ist als ein Vitium primae formationis.

Rothschild (Frankfurt a. M.): **Beitrag zur Entstehung des Stridor inspiratorius congenitus.** Die Mitteilung betrifft einen Säugling mit typischem inspiratorischem Stridor. Exitus mit 5½ Wochen. Sektionsergebnis:

Vereiterte Retentionscyste unterhalb des linken Stimmbandes bis zum unteren Ringknorpelrand. Die Ansicht Finkelsteins, daß der inspirat. Stridor durch gewisse Eigenarten des kindlichen Kehlkopfs entstehe, kann demnach nicht für alle Fälle als ätiologisches Moment gelten.

Weyl (Heidelberg): **Großhirnbefunde bei hereditär-luetischen Säuglingen.** Kurzer Abriß der Untersuchungsresultate von sechs Gehirnen heredosyphilitischer Säuglinge im Alter von 1—4 Monaten. Die Sektion ergab nur sehr geringfügige bzw. gar keine wahrnehmbaren Veränderungen. Dagegen zeigten genaueste mikroskopische Untersuchungen in allen Fällen eine zum Teil recht beträchtliche Erkrankung der weichen Hirnhäute. In 5 Fällen fanden sich neben anderen hier nicht näher zu erörternden Zellelementen zahlreiche Lymphocyten im verdickten Piagewebe. Des weiteren waren bei zwei Gehirnen Gefäßerkrankungen und zwei kleine encephalitische Herde usw. zu sehen.

Siegert (Köln) bespricht die Bedeutung der **v. Pirquetschen Hautreaktion der Tuberkulose im ersten Lebenshalbjahr.** Bei Verwendung des Impfschnitts und des unverdünnten Tuberkulins bezeichnet er die Reaktion als absolut zuverlässig, auch in den ersten Lebensmonaten, sogar ganz besonders in diesen.

Fünf reagierende Fälle im 3.—5. Monat zeigten das typische Abklingen der Reaktion gegen das Ende, doch kann dies „Abklingen" sich auch in 3 Tagen vollziehen, auch kann bei miliarer Tuberkulose 6 Tage vor dem Tod noch starke Reaktion vorliegen. Auch bei vollständigem Fehlen pathologischer Erscheinungen ist die Tuberkulose festgestellt, wo positive Reaktion eintritt. Negativ ist das Resultat, wo mindestens 14 Tage ante finem oder aber mindestens 14 Tage nach negativer Prüfung eine wiederholte Impfung ohne Reaktion verlaufen ist.

Fast immer läßt sich als Ursache der Säuglingstuberkulose offene Tuberkulose der Eltern oder der Umgebung mühelos nachweisen. Von einer verminderten Fähigkeit der Haut des Säuglings, die zur Reaktion erforderlichen Veränderungen anzunehmen, kann nicht die Rede sein. Wohl aber kommt sehr frühzeitiges Abklingen der Reaktion vor. Durch eine, selbst sehr gründliche Autopsie kann keineswegs in jedem Falle der vorhandene tuberkulöse Herd nachgewiesen, bei negativem Resultat keineswegs das Vorhandensein eines solchen ausgeschlossen werden. Die Zunahme der Tuberkulose im 4. Lebensquartal kann genau wie bei der Erkrankung in den früheren Lebensmonaten durch den Kontakt mit dem erwachsenen Tuberkulösen erklärt werden, ohne Zuhilfenahme der Schmier- und Schmutzinfektion. Die Behringsche Theorie der Säuglingsinfektion findet in der Kutanreaktion keine Stütze.

Diskussion: Engel (Düsseldorf): Der diagnostische Wert der Pirquetschen Reaktion ist unbestritten. Ebenso unbestritten, auch von Pirquet selbst, ist, daß es Ausnahmen gibt. Diese Ausnahmen zu ergründen und damit das Anwendungsgebiet der Reaktion abzugrenzen, ist augenscheinlich die wichtigste Aufgabe.

Ibrahim und Groß (München): **Zur Verdauungsphysiologie des Neugeborenen.** Untersuchungen über den Sekretingehalt saurer Darmextrakte von neugeborenen und frühgeborenen Kindern. Bei mehreren Frühgeborenen war Sekretin nicht nachweisbar; auch bei Neugeborenen scheint wenig oder kein Sekretin in der Darmschleimhaut nachweisbar zu sein; dagegen wurde bei einer neugeborenen Katze Sekretin gefunden.

Bauer (Düsseldorf): **Die biologische Luesreaktion in der Säuglingsklinik.**

1. Beim Säugling gelingt die Luesreaktion ebenso wie beim Erwachsenen.

2. Der Säugling hat vor dem 7. Monat keine Ambozeptoren gegen Hammelblut. Man ersetzt diese beim Anstellen der Reaktion durch Hinzufügen von Normalserum eines Erwachsenen.

3. Die Luesreaktion ist geeignet, die vielen fraglichen Fälle von Säuglings-

lues zu klären, die Ammen vor der Infektionsgefahr eines luetischen Säuglings zu schützen.

4. Die luetischen „Hemmungskörper“ gehen im allgemeinen nicht durch die Placenta. Sie zeigen sich beim Säugling erst, wenn Erscheinungen vorhanden sind. Bei der Neugeborenensyphilis sind sie stets vorhanden.

5. Luetische Säuglinge mit meningealen Erscheinungen haben „Hemmungskörper“ in der Lumbalflüssigkeit.

6. Die Befunde von „Lueskörpern“ in der Milch, besonders im Colostrum, sind zu bestätigen. Diese Körper gehen bei der Ernährung nicht in das Blut des Säuglings über.

7. Die Luesuntersuchung des plazentaren Hämatoms ist für die Ammenwahl sehr wichtig.

Krayer (Heidelberg): **Über den Wasserwechsel beim Scharlach.** Entgegen den Angaben von Garnier und Sebaréanu, die während des Fieberstadiums beim Scharlach einen Gewichtsstillstand oder eine Zunahme zu verzeichnen hatten und diese Zunahme auf Wasserretention beziehen, fand Vortr. bei einer ganzen Reihe von Scharlachkranken eine stetige Gewichtsabnahme bis in die Rekonvaleszenz hinein. Wo eine Zunahme stattfand, war dies auf anderweitige Erkrankung, insbesondere auch des Zirkulationsapparates zu beziehen. Somit findet eine Wasserretention beim Scharlachfieber nicht statt.

Bruck (Heidelberg): **Lordose und Albuminurie.** Nachprüfung der von Jehle gemachten Beobachtungen über Lordose und orthotische Albuminurie. Bestätigung des Jehleschen Befundes. (Demonstration.)

Vortr. beobachtete gelegentlich dieser Untersuchungen bei drei zweifellos nicht orthotischen Albuminurikern, daß nach Herstellung einer stärkeren Lordose stets der durch Essigsäure in der Kälte fällbare Eiweißkörper, der durch Zusatz von Ferrocyankalium nicht verstärkt wurde, sich fand. Zwei von den Kindern waren in ihrer Konstitution den Orthotikern verwandt, ein drittes, ein kräftiger Junge von 8 Jahren. Bei gewöhnlicher Haltung hatten diese Kinder keine starke Lordose.

Jedenfalls ist bei dieser „**Albuminuria provocata**“ die künstliche Lordose das auslösende Moment, und Zirkulationsstörungen verursachen wohl den Eiweißausfall.

Dr. Krayer.

III. Therapeutische Notizen.

Eine Behandlung der Anginen auf dem Wege durch die Nase mittels Protargolsalbe empfiehlt San.-R. Dr. L. Berliner (Reinickendorf bei Berlin). Er verordnet:

Rp. Protargol 1,5
solv. in aq. frigid. 2,5
ter. c. Lanolin 6,0
adde Menthol. 0,1
Sacchar. 0,3
Vaselin. ad 15,0.

Von der Salbe läßt er den Pat. selbst mit dem sorgfältig nagelbeschnittenen und gereinigten kleinen Finger eine halberbsengroße Portion in jedes Nasenloch einführen und an den Innenrändern leicht verreiben. Bald zeigt ein süßer Pfefferminzgeschmack die Ankunft im Gaumen an; hört dieser Geschmack auf, ist es Zeit, die Prozedur zu wiederholen. B. hatte Erfolge bei Anginen katarrhalischer und parenchymatöser Natur, auch bei Nasen- und Halsdiphtherie sah er günstige Einwirkungen, desgleichen bei akutem Schnupfen.

(Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 13.)

Über Rhachisan, ein neues Antirachiticum äußert sich Dr. R. Weissmann (Lindenfels) sehr lobend und gibt Krankengeschichten, aus denen die günstige Beeinflussung des Prozesses durch Rhachisan hervorgeht. Die Firma Dr. Degen &

Kuth in Düren bringt das von Lungwitz angegebene Medikament in den Handel, welches folgende Zusammensetzung hat:

Lebertran	80 %
Freie Fettsäuren durch Verseifung aus Lebertran hergestellt	1 %
Jod, an freie Fettsäuren gebunden	0,1 %
Lezithin	0,8 %
Nukleine	1,75 %
Eisen, organisch an Oxovitellin gebunden	0,3 %
Mannit, der die Verbindung des Eisens mit dem Vitellin vermittelt	12 %
Glyzerin und Alkohol je	5 %
Destilliertes Wasser ad	100 %

Der Phosphorgehalt ist, berechnet auf P, 0,05 %.

(Zentralbl. f. innere Medizin. 1908. Nr. 21.)

Einen Impfschutzverband empfiehlt Dr. W. Kaupe (Bonn). Ein 10 cm langes und 8 cm breites Pflaster von 20 %igem Xeroformvulnoplast, von der Fabrik entsprechend zurechtgemacht, hat sich als solches nach jeder Richtung hin bewährt.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 24.)

Bromural hat Dr. O. Mampell (Mannheim) mit bestem Erfolge in der Kinderpraxis benutzt. Am segensreichsten wirkt es bei Keuchhusten; er verordnete das Mittel bei Säuglingen im Alter von $^1/_2$—1 Jahr in morgens und abends gereichten Dosen von $^1/_4$—$^1/_2$ Tablette neben Chinin. tannic., das tagsüber mehrmals verabreicht wurde. Ähnlich günstige Erfahrungen wurden gemacht mit Bromural und gleichzeitiger Verabreichung von Phosphorlebertran oder phosphosauren Salzen bei dem Stimmritzenkrampf rachitischer Kinder, endlich in der Entwöhnungszeit, da, wo unverständige Mütter das Kind gewöhnt hatten, die ganze Nacht in kurzen Intervallen die Brust zu suchen. (Medizin. Klinik. 1908. Nr. 25.)

Jodomemin, ein Jodeiweißpräparat in der Kinderpraxis, so betitelt Prof. Cassel (Berlin) eine Mitteilung über das von der Chem. Fabrik Joh. A. Wülfing (Berlin) hergestellte Präparat, das in Tabletten à 0,5 g (= Jodkaliumwert 0,06 g) in den Handel kommt. Es erfüllte alle Anforderungen, die an ein Jodpräparat zu stellen sind und bewährte sich bei der kindlichen Lues, sowie bei der chronischen Bronchitis bestens. Die Tabletten wurden zerdrückt und in Haferschleim, kalter Milch, Limonade gereicht, stets anstandslos genommen und gut vertragen (so verbrauchte ein 10jähriges Kind 200 Stück, ein 8jähriges 75 Stück, ein 9monatiges 24 Stück usw.). Bei älteren Kindern wurde begonnen mit 3 mal täglich 1 Tablette, bei den Säuglingen mit 3 mal täglich $^1/_2$ Tablette.

(Die Therapie der Gegenwart. Juli 1908.)

Ein neues Keuchhustenmittel von vortrefflicher Wirksamkeit hat Dr. W. Kaupe (Bonn) in einem von der Fabrik „La Zyma" in Aigle (Schweiz) hergestellten Dialysat der Herba Thymi und Pinguiculae entdeckt. Es kupiert beginnenden Keuchhusten, in ausgebildeten Fällen werden schon nach wenigen Tagen die Anfälle leichter und seltener, das Erbrechen sistiert, die Dauer der ganzen Krankheit wird erheblich abgekürzt. Kinder unter 5 Jahren erhalten morgens und abends nüchtern 1 Tropfen in 1 Eßlöffel Wasser bis zur Abnahme der Anfälle, dann 2—3 Tropfen morgens und abends bis zur Heilung. Bei Kranken über 5 Jahren beginnt man mit 2 Tropfen täglich und steigt auf 3—4 morgens und abends.

(Münchener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 27.)

Aristol hat Dr. Th. Meyer (Greifenhagen i. P.) auch in der Kinderpraxis mit bestem Erfolg angewandt. Das von den Elberfelder Farbwerken hergestellte Mittel ist völlig reizlos und hat ausgesprochene bakterizide und sekretionsbeschränkende Wirkung. Bei hartnäckigen Mittelohrkatarrhen in einer Influenzaepidemie leisteten Einblasungen folgenden Pulvers sehr gute Dienste:

℞p. Aristol. 3,3
Acid. boric. ad 10,0.

Die Verbindung mit Borsäure bewährte sich auch ausgezeichnet bei nässenden Kopfekzemen. Bei Verbrennungen empfiehlt M. 10 %ige Aristolsalbe.

(Therap. Monatshefte. Juli 1908.)

Zur Behandlung der Sommerdurchfälle der Kinder ist nach Dr. M. Goetz (Leipzig) das beste Mittel: Entfernung aus der Hitze! Man bringe die Kinder von 7 Uhr früh bis 10 Uhr abends in den Keller, bade sie, je nach dem Fieberzustande, ein oder mehrmals und gebe 1—2 Tage lang nur Tee mit Saccharin und etwas gutem Rum, bei eintretender Besserung Grützenschleim, dem später etwas kondensierte Milch beigefügt wird. Im übrigen können daneben alle anderen geeigneten Mittel (Wärme, Kalomel, Wismut usw.) angewandt werden. Wird obiger Vorschlag 4—8 Tage befolgt, so sind die Erfolge, falls der Zustand noch nicht lange besteht, vorzügliche.

(Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 32.)

— Gegen diese Ausführungen wendet sich Dr. R. Bing (Berlin). Nicht der dumpfe, schmutzige Keller ist der richtige Aufenthalt für die kranken Kinder, sondern eine reinliche Wohnstube. Nicht die Kühle ist die Hauptsache, sondern Reinlichkeit nach jeder Richtung hin. Lüftet man die Stube früh und abends gehörig und wendet die erprobten therapeutischen Maßnahmen an, dann erlebt man oft genug Genesungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 34.)

Arsenferratin und (dessen flüssige Modifikation) Arsenferratose empfiehlt Dr. G. Hunaeus auf Grund der im Elisabeth-Kinderhospital in Berlin mit diesen Präparaten gemachten günstigen Erfahrungen. 30 Kinder, meist mit sekundärer Anämie infolge von Unterernährung und mangelhafter hygienischer Verhältnisse behaftet, wurden damit behandelt, und zwar erhielten sie je nach dem Alter pro die 2—3 mal täglich je eine Arsenferratintablette bzw. 2—3 mal je einen Teelöffel — vom 10. Lebensjahre ab einen Kinderlöffel — voll Arsenferratose nach den Mahlzeiten bei gleichzeitiger Innehaltung einer 4—6 wöchigen Bettruhe und kräftiger gemischter Kost. In den ersten 14 Tagen trat eine Besserung noch nicht eklatant hervor, dann aber konnte stetes Ansteigen des Hämoglobingehaltes und der roten Blutelemente, gepaart mit einer regelmäßigen Gewichtszunahme, konstatiert werden. Die Präparate wurden sehr gut resorbiert und bewirkten meist schon in kurzer Zeit eine wesentliche Steigerung des Appetites. Verdauungsstörungen traten nie auf, ebensowenig ein schlechter Einfluß auf die Zähne. Berücksichtigt man endlich den Umstand, daß die Präparate — namentlich die Arsenferratose — von den Kindern gern genommen werden, so muß man zu dem Schluß kommen, daß sie ein wirksames Hilfsmittel in der Behandlung anämischer Zustände im Kindesalter darstellen.

(Therap. Monatshefte. September 1908.)

Über einige mit Phytin erzielte Erfolge berichtet Dr. R. Weissmann (Lindenfels). Unzweifelhaft verbessert Phytin die Körpersäfte, regt den Stoffwechsel an und hat eine wesentliche Bedeutung als Stärkungsmittel, z. B. bei erschöpfenden Krankheiten. Zur Illustration eine der von W. gebrachten Krankengeschichten: M. K. aus R., 15 Jahre altes Mädchen, hat eine schwere katarrhalische Pneumonie überstanden. Der Ernährungszustand des nach 5 Wochen seit Beginn der Erkrankung noch bettlägerigen Kindes war sehr heruntergekommen, die Haut blaß, trocken, der Appetit gleich Null. Die Blutuntersuchung ergab einen Hämoglobingehalt von 64 %. W. gab im vorliegenden Falle eine mittlere Dosis des Phytins, dreimal täglich eine Kapsel von 0,25 g. Schon nach 5 Tagen begann der Appetit sich zu regen. Nach Verbrauch einer Schachtel war der Hämoglobingehalt des Blutes um 16 % gestiegen, das Körpergewicht hatte um 5 Pfund zugenommen. Nach Verbrauch einer zweiten Schachtel war eine weitere Zunahme des Körpergewichtes um 4 Pfund, eine Steigerung des Hämoglobingehaltes des Blutes auf 94 % nachzuweisen. Der Appetit und Schlaf waren ausgezeichnet. Das Mädchen konnte den ganzen Tag außer Bett zubringen und wurde nach 30 Tagen als geheilt entlassen. (Ibidem.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XIII. Jahrgang. 1. Dezember 1908. Nr. 12.

I. Originalbeiträge.

Zur Diagnostik und Therapie der Dyspepsien im Kindesalter.

Von

Dr. **F. Brandenberg** (Winterthur).

Durchgehen wir all die Präparate und Vorschläge, welche innerhalb der letzten zwei Dezennien zum „Heile“ der Kinderwelt empfohlen wurden, so drängt sich der Gedanke auf, es sei oftmals eine Kunst, die richtige Ernährung zu treffen. Der Ausdruck „künstliche Ernährung“ ist bei Benützung der mannigfach künstlich veränderten Nahrungspräparate eine leider nur zu wahre Bezeichnung geworden. Daß dieser Zustand endlich einem längst ersehnten Mahnwort: Rückkehr zur natürlichen Ernährung der Säuglinge (E. Hagenbach-Burckhardt, Basel, Sammlung klin. Vorträge, innere Medizin Nr. 132) gewichen, zeugt am besten dafür, daß alle die empfohlenen Mittel nicht das gebracht haben, was sie gewollt und gesollt. Die Kunst der Ernährung kleiner Kinder besteht nicht in der Verabfolgung künstlicher Nährpräparate, sondern in der möglichsten Vereinfachung der Ernährungstechnik. Wer auf dem Wege des Individualisierens, richtiger gesprochen Ausprobierens, einmal ein Präparat für gut befunden, wird schon vielleicht beim nächsten Fall auf einen Mißerfolg stoßen; ganz natürlich, weil es eben ein mehr oder weniger unsicheres Tasten im Dunkeln war. Mögen nun auch die mikroskopischen Untersuchungen der Fäzes noch weit davon entfernt sein, allgemein zu befriedigen, so haben sie jedenfalls dem Arzte, der regelmäßig und unbeirrt die Fäzes untersucht, schon manchen Erfolg in kurzer Zeit gebracht, den er auf anderm Wege gar nicht oder vielleicht erst viel später durch Zufall erreicht hätte. Ich gehe mit Biedert (Diätet. Behandlung) vollständig einig, wenn er sagt, daß die Untersuchung der Säuglingsfäzes statt des Probierens das Denken in der Ernährungstherapie der kleinen Kinder zur Herrschaft bringt!

Daß die makroskopische Untersuchung des Stuhlgangs in bezug auf Form, Farbe und Beimengungen, daß der Geruch derselben schon auf eine bestimmte Erkrankung des Darmes hinweist und den Praktiker eine bestimmte Form der Dyspepsie diagnostizieren läßt, soll unbestritten bleiben. Die Inspektion der Fäzes allein wird uns ein sicheres Bild nur dann geben, wenn gewissermaßen ein fait accompli vor uns liegt, während die mikroskopische Untersuchung uns schon

auf die Anfänge einer früher oder später einsetzenden Dyspepsie aufmerksam macht.

Die Diagnose der Dyspepsien im frühen Kindesalter hervorgerufen durch

1. Insuffizienz der Eiweißverdauung,
2. Insuffizienz der Fettverdauung,
3. Insuffizienz der Kohlehydratverdauung,

beruht im frühesten Stadium auf dem mikroskopischen Befund der Fäzes, auf dem Nachweis des schädigenden Nahrungsrestes der aufgezählten drei Nahrungskomponenten. Es kann sich bei diesen Dyspepsien natürlich sowohl um eine chemische Insuffizienz der Verdauungssäfte als auch um eine Insuffizienz der Resorption handeln.

Allerdings für die erste Form: Insuffizienz der Eiweißverdauung läßt uns das mikroskopische Bild noch im Stich und sind wir mehr auf den makroskopischen Befund angewiesen. Die nicht verdauten Eiweißreste, die als Milchgerinnsel oder Milchkörner im Stuhle sichtbar sind, enthalten im mikroskopischen Bild Fetttröpfchen, Fettseifen, zuweilen auch Bakterien, daneben finden wir auch die von Nothnagel beschriebenen, schollenartigen Gebilde, die unter dem Namen Nothnagelsches gelbes Korn bekannt sind; auch diese werden als Eiweißkörper angesehen, ob sie aber pathologische Bedeutung haben, wird nicht allgemein anerkannt. Auf Grund meiner Erfahrung stehe ich nicht an, bei gehäuftem Vorkommen derselben und gleichzeitig bestehender dyspeptischer Zeichen (ohne andere nachweisbare Gründe) auf eine Verminderung der Eiweißzufuhr zu dringen, sei es durch stärkere Verdünnung der Milch oder besser durch Verabfolgung von Backhausmilch, ebenso darf Buttermilch, in welcher das Eiweiß in leichter verdaulicher Form enthalten sein soll, probiert werden. Als Ersatz des mangelnden Eiweißes werden je nach Bedarf Kohlehydrate (am besten Theinhardt oder Neu-Nestlé) zugesetzt.

Leicht ist der mikroskopische Nachweis von unverdautem oder nicht genügend verdautem Fett. Schon beim Ausstrich der Fäzespartikelchen auf den Objektträger läßt uns die geringe oder auch ganz fehlende Adhärenz Fett vermuten. Dasselbe zeigt sich mikroskopisch in Tropfenform bis zu eigentlichen Lakunen als Neutralfett, die Fettsäuren präsentieren sich als Nadeln von bald zierlicher, bald plumperer Kristallformation, die ersteren oft in büschelförmiger Anordnung, es sind dies unverseifte Fettsäurenadeln. Sind sie in vermehrtem Maße nachweisbar, so darf eine Insuffizienz der Fettverdauung angenommen werden. Therapeutisch werden wir also eine Verminderung der Fettzufuhr erstreben. Steht uns eine Amme zur Verfügung, so werden wir nur die zuerst aus der Brust kommende Milch verabfolgen; schwankt doch die Angabe des Fettgehaltes der Frauenmilch zwischen ca. 2% zu Beginn des Stillens bis zu 6% am Ende des Stillens. Eine sehr interessante diesbezügliche Beobachtung machte ich an einem prächtig gedeihenden Brustkind, das bis zum 9. Monat nur die Brust bekam. Sobald die Tagesration 820 g überschritten, ein Quantum, das das Kind auf sein Gewicht berechnet, ruhig hätte verdauen dürfen, traten unter Fiebererscheinungen übelriechende, viel unverdautes Fett enthaltende, dyspeptische Stühle auf, die bei ver-

minderter Milchzufuhr sofort nachließen. Das Experiment konnte 3 mal beobachtet werden. Wo Ammenmilch nicht erhältlich, soll entrahmte Milch oder noch besser Buttermilch, mit Zucker oder Saccharin versüßt, unter Zusatz von Reismehl, Theinhardt oder Neu-Nestlé verordnet werden. Die Buttermilch soll nach Prof. Stoss (Corresp. f. Schweizer Ärzte" 1905 Nr. 21) „ihre Triumphe feiern bei atrophischen Kindern verschiedenen Alters und verschiedener Konstitution, welche durch chronische Verdauungsstörungen schwer heruntergekommen sind, bei denen zur Zeit des Beginns der Ernährung mit Buttermilch keine Reizzustände des Darmes bestanden, die aber trotzdem auf keinem der üblichen Wege zum Gedeihen gebracht werden konnten."

Ferraris-Wyss (Versuche im Kinderspital Zürich) wendet die Vilbelsche Buttermilch (Holland) mit Vorliebe bei allen Arten allgemeiner Atrophie, ferner bei anämischen, rachitischen Kindern mit schwachem Magen, mit großer Vorsicht jedoch bei akutem Darmkatarrh an.

Die Ansichten über den Wert der Buttermilchernährung verschiedener Autoren würden sich wohl weniger diametral gegenüberstehen, wenn die Indikation eine genauere wäre. Ich habe die täglich frisch bereitete Buttermilch immer nur in jenen Fällen verordnet, wo die mikroskopische Untersuchung ungenügende Verdauung des verabreichten Fettes ergab; selbst bei frischen Dyspepsien, die auf Insuffizienz der Fettverdauung beruhten, scheute ich mich nicht, nach genügender Entleerung des Darmes, Buttermilch zu verordnen. In allen Fällen ungenügender Fettverdauung war für mich der Erfolg bei Buttermilchdarreichung ein sehr befriedigender. Natürlich muß dem Butterungsprozeß alle Aufmerksamkeit geschenkt werden; ungenügend ausgebutterte Milch wird kein gutes Resultat ergeben, auch darüber wird uns das Mikroskop aufklären. Ob der Buttermilch irgend ein Mehl zugesetzt werden darf, hängt davon ab, ob der betreffende Patient Insuffizienz der Kohlehydratverdauung oder auch nur jodophile Bakterien (siehe unten) aufweist. Je nach der Verdauungsfähigkeit gegenüber Kohlehydrat wurde statt des gewöhnlichen Rohrzuckers Saccharin zum Versüßen der Buttermilch verwendet.

Ganz unzweideutige Bilder geben die Kohlehydratdyspepsien unter Vermengung des Stuhles mit Lugolscher Lösung. Eine starke Lugolsche Lösung zeigt schon makroskopisch bei Kohlehydratinsuffizienz unter dem Deckglas von blaß-rosa-violetter Färbung bis zu schwarz-blau alle Nuancen.

An dieser Stelle ist auch an das Auftreten bestimmter Bakteriengruppen, der sogenannten jodophilen oder Granulosebakterien zu erinnern. Die Bakteriologie der Darmflora ist trotz der großen Verdienste Escherichs und Moros auf diesem Gebiete noch nicht zu großer Bedeutung gelangt in bezug auf therapeutisches Handeln. Von Interesse aber speziell in bezug auf Therapie schien mir der Nachweis von den obengenannten jodophilen Bakterien. Diese zeigen sich entweder als Kokken rosenkranzartig oder in Haufen gelagert, dann auch als plump-länglich runde, dann wieder als schlanke Bakterien oft nur in der Mitte färbbar. Wie bei der Lugolfärbung schwankt die Farbe zwischen rosa-violett bis schwarz-blau.

Milch mit Tee oder Reiswasser und Zucker	Kondens. Cdamer oder Romanshorner Milch mit Reiswasser oder Theinhardt	Backhausmilch I mit Theinhardt oder Tee und Zucker ev. Saccharin	Milch, zum Teil sterilisierte, mit Theinhardt, Reiswasser oder dicken Schleimabkochungen	Abgerahmte und Buttermilch mit Reiswasser oder Theinhardt	Alt-Nestlé oder Galactina, Kindermehl mit Wasser	Liebig-Suppe	Lahmanns vegetabile Milch (ohne Milchzusatz)	Gemischte Kost bei älteren Kindern
1. massenhaft jodophile Bakterien 2. massenhaft Bakterien 3. massenhaft runde dicke Kokken einzeln und in Ketten, schlanke Stäbchen	1. wenig dicke Kugeln, einzelne schlanke Stäbchen 2. massenhaft Kokken	1. viele Stäbchen 2. massenhaft schlanke Stäbchen, wenig Kokken 3. Kugelbakterien und Streptokokkenformen 4. zahlreiche Kokken 5. schlanke Stäbchen, nach Saccharinzusatz viele Bakterien 6. spärliche Bakterien	1. Kokken in Kettenform wie in Reinkultur 2. schlanke Bakterien 3. massenhaft Kokken in Zellen und Haufen, schlanke Stäbchen 4. massenhaft Stäbchen in der Mitte färbbar 5. dicke Kugelbakterien 6. viele dicke Kugelbakterien in Ketten und einzeln, schlanke Stäbchen 7. viele schlanke Stäbchen 8. Reinkulturen d. Kugelbakterien in Haufen und Ketten 9. mäßig viele Bakterien 10. mäßig viele Bakterien 11. einzelne Kugeln 12. spärlich dicke Kokken und in der Mitte färbbare Stäbchen 13. Kokken und in der Mitte färbbare kurze Stäbchen	1. viele Bakterien 2. viele Kokken 3. viele Kokken	1. Das ganze Gesichtsfeld blau von Bakterien aller Formen 2. massenhaft Kokken einzeln und in Ketten, bei Änderung d. Kost (sterilisierte Milch und Wasser) nur noch vereinzelte Kokken	1. massenhaft Kokken, bei Theinhardt und Milch: keine Kokken mehr	1. massenhaft Kugeln und Diplobakterien 2. Kokken und dünne Stäbchen	1. massenhaft Ketten und Kugelbakterien 2. viele Kokken einzeln und in Ketten

Zu diesen jodophilen Bakterien gehört das von Nothnagel beschriebene Chlostridium butyricum. Dasselbe stellt breite Stäbchen mit abgerundeten Enden dar, die ganz oder nur in der Mitte färbbar sind, ähnlich wie der grampositive Bac. bifidus communis.

Wenn diesen Bakterien bis jetzt eine bestimmte pathologische Bedeutung noch nicht nachgewiesen werden konnte, so schien mir ihr Auftreten doch in vielen Fällen Vorläufer einer Kohlehydratdyspepsie zu sein.

Nach Selter hängt ihr Vorkommen sowohl von mangelhafter Verdauung der Kohlehydrate (speziell der Stärke) als auch des Zuckers ab, da sie auch bei Brustkinder vorkommen. Nach ihm soll die färbbare Substanz (Granulose) der Bakterienleiber von den Bakterien, aus einfachen Kohlehydraten aufgebaut, ein der Stärke nahestehendes Kohlehydrat sein.

Aus einer Reihe von über 1200 mikroskopischen Stuhluntersuchungen entnehme ich 36 Fälle (mit mehrfachen Untersuchungen), in denen über jodophile Bakterien speziell Aufzeichnungen gemacht wurden. Es betrifft Kinder im Alter von 5 Wochen bis zu 11 Jahren. Die beigefügte Tabelle zeigt das Auftreten jodophiler Bakterien bei verschiedenen Ernährungsmethoden (s. Tabelle).

In jedem dieser Fälle habe ich mit Vorteil jede Kohlehydraternährung sowie auch öfters die Beigabe von Zucker unterlassen. Wo diese Bakterienart trotz der Veränderung der Nahrung nicht wich, hatte Benzonaphtol meistens sehr günstigen Einfluß auf das Verschwinden dieser jodophilen Bakterien.

Die Ernährung dieser Patienten geschieht am besten mit Milch ohne jeden Zusatz, ausgenommen dem Alter entsprechende Verdünnung mit Wasser. Bleibt nach längerer Zeit eine Gewichtszunahme bei bloßer Milchnahrung aus, so darf mit Vorsicht Theinhardt oder Neu-Nestlé versucht werden. Bei beiden Präparaten ist das Dextrin durch Enzymeinwirkung erzeugt, dasselbe soll leichter verdaulich sein, als das durch chemischen Prozeß erzeugte Dextrin. Bei Verabreichung von Theinhardts Kindernahrung habe ich in nur seltenen Fällen und dann nur schwach eine Kohlehydratreaktion mit Lugol bekommen, während andere Kindermehle bis zu schwarz-blauer Färbung nach Jodzusatz zum Kinderstuhl ergaben.

Neben diesen Befunden von Eiweiß-, Fett- und Kohlehydratinsuffizienz begegnen wir im mikroskopischen Bilde natürlich auch häufig Eiern von Eingeweidewürmern. Der Nachweis derselben nach einer Wurmkur wird uns die ungenügende Wirkung derselben beweisen und zu Wiederaufnahme einer neuen Kur zwingen.

Wenn nun auch von vornherein zugestanden wird, daß uns die mikroskopische Untersuchung der Fäzes nicht alle Details der Ernährungsstörung aufdeckt, so tut sie das doch in derart vielen Fällen, daß jeder Arzt, der oft oder besser regelmäßige mikroskopische Untersuchungen macht, auf dieses Hilfsmittel der Diagnostik nicht mehr verzichten möchte. Wird jeder Stuhl vor der Untersuchung mit Lugol versetzt, so werden die Untersuchungsresultate auch häufiger positive Anhaltspunkte geben, sei es durch den Nachweis jodophiler Bakterien oder der beginnenden Kohlehydratdyspepsie; auch die andern,

massenhaft vorhandenen Bakterien, die ja bis zu $^1/_3$ der Trockensubstanz des normalen Säuglingsstuhls ausmachen sollen, werden infolge leichter Gelbfärbung deutlicher sichtbar werden. Die mikroskopische Untersuchung wird uns in weitaus den meisten Fällen unnütze Versuche mit unzweckmäßigen Nahrungsverordnungen ersparen und viel Zeit, die zu derartigen Versuchen vergeudet wurde, gewinnen lassen, zum Nutzen der kleinen Patienten und zur großen Befriedigung des behandelnden Arztes.

Neue Erfahrungen mit Dr. Theinhardts „Hygiama".

Von

Dr. G. Levy,

Kinderarzt in Berlin.

Bei der großen Bedeutung der Nährpräparate für die Ernährung kranker Kinder, insbesondere im Rekonvaleszentenstadium nach Infektionskrankheiten, kann es nicht wundernehmen, daß die Industrie fort und fort neue Mittel auf den Markt zu bringen bestrebt ist.

Für den praktischen Arzt ist es sehr schwer, aus der Fülle der angepriesenen Präparate die wirklich brauchbaren und in der Praxis bereits erprobten herauszufinden. Von den älteren Mitteln, welche ihren Platz in der Ernährungstherapie behauptet haben, ist Dr. Theinhardts Hygiama an erster Stelle zu nennen. Es existieren bereits über dieses Mittel zahlreiche Veröffentlichungen und wissenschaftliche Arbeiten, in welchen über günstige Erfolge berichtet wird, so daß es überflüssig erscheinen könnte, von neuem wieder auf dieses ausgezeichnete Präparat hinzuweisen.

Indessen hatte ich vor nicht langer Zeit Gelegenheit, bei einer größern Zahl von Kindern nach Masern, Scharlach und Diphtherie Dr. Theinhardts Hygiama einer erneuten Prüfung zu unterziehen, bei der sich nicht nur günstige Resultate in bezug auf Körpergewichtszunahme, Bekömmlichkeit, bzw. leichte Verdaulichkeit zeigten, sondern auch, wie ich glaube, noch andere günstige Beeinflussungen der Rekonvaleszenzperiode auftraten.

Folgende Momente traten bei meiner Beobachtungsreihe besonders hervor:

Bei einigen Masernkindern, bei welchen mehr oder weniger schwere Rachitis vorhanden war, wurde Hygiama wegen der darin enthaltenen, relativ großen Menge von phosphorsauren Mineralsalzen mit gutem Erfolge auch in bezug auf die rachitischen Symptome angewendet.

Ferner wurde die Abneigung gegen Milch bei Scharlachkindern, welche auf reine Milchdiät angewiesen waren, durch Zusatz von Hygiama sehr leicht überwunden und dann das Getränk ausnahmslos

gern genommen. In einigen Fällen, wo bei Masernkindern Diarrhöen auftraten, wurde das Mittel mit einem Zusatz von Kakao außerordentlich gut vertragen. Bei Diphtheriekindern war der Übergang zur festen Nahrung nach vorherigem Gebrauch von Hygiama durch seinen hohen Gehalt an Eiweißstoffen und Nährsalzen sehr erleichtert.

Endlich hatte es den Anschein, als ob bei einem Scharlachkinde die Eiweißausscheidung nach der Darreichung von Hygiama herabgemindert wurde und schneller verschwand.

Übereinstimmend wurde nach der Verabfolgung des Mittels eine bessere Eßlust bei den Patienten konstatiert. Es wirkte evident appetitanregend.

Im folgenden möchte ich als Beweise für obige Tatsachen aus meinem Protokoll einige Krankengeschichten wiedergeben:

1. Felix R., geb. 2. 5. 07, erkrankte am 19. Oktober 1907 an Masern. Die Ernährung bei diesem Kinde, welches ausgesprochene Anzeichen für Rachitis aufzuweisen hatte, bestand bis zum Tage des Beginns der Erkrankung nach Bericht der Mutter aus gleichen Teilen Kuhmilch und Abkochung von Knorrs Hafermehl. Am 29. 10. 07 wurde nach dem Nachlassen der akuten Erscheinungen beim Anfangsgewicht von 6000 g der Versuch mit Hygiama begonnen. Das Körpergewicht stieg fortgesetzt an, am 7. 11. 07 brachen zwei Zähnchen ohne irgend welche Beschwerden und Unruhe durch, am 17. 12. 07 betrug das Körpergewicht 7250 g, das Kind saß allein.

2. Erna L., geb. 26. 7. 01, erkrankte am 22. 10. 07 an Masern mit sehr stark ausgesprochenem Exanthem und schweren Allgemeinerscheinungen. Die Erkrankung verlief ohne Komplikation bis auf eine leichte Arythmie des Pulses und Spuren von Eiweiß im Stadium der Rekonvaleszenz. Am 30. 10. 07 wurde bei einem Initialgewicht von 39 Pfund und 200 g die Verabreichung von Hygiama begonnen und zwar 3 mal täglich einen Teelöffel voll in Milch eingerührt. Der Appetit steigerte sich zusehends, die Eiweißausscheidung verschwand, die Körpergewichtszunahme betrug nach 14 Tagen 2 Pfund und 230 g.

3. Karl R., geb. 18. 8. 96, erkrankte am 4. 11. 07 an Scharlach. In der dritten Krankheitswoche trat eine mäßige Eiweißausscheidung auf, im mikroskopischen Bilde fanden sich vereinzelte Zylinder, am 21. 11. wurde der Versuch mit Hygiama begonnen, am 24. 11. waren weder Eiweiß noch morphotische Elemente im Urin festzustellen. Die Eßlust wurde eine regere, das Körpergewicht stieg langsam an.

4. Henriette K., geb. 1903, erkrankte November 1907 an schwerer Diphtherie, mußte einem Krankenhaus zugeführt werden. Nach Rückkehr aus demselben wurde das Kind mit Hygiama ernährt. Es bestand eine ziemlich schwere Anämie, welche nach der Darreichung des Nährpräparates augenscheinlich gebessert wurde. Die Gewichtszunahme betrug nach 3 Wochen 1½ Pfund.

5. Fritz St., 7 Jahre alt, erkrankte am 27. 10. 07 an Rachendiphtherie und erhielt in der Rekonvaleszenz gleichfalls täglich einen Eßlöffel Hygiama auf ½ l Milch. Der Erfolg war gleichfalls ein eklatanter. Bei gesteigertem Appetit wurde das Aussehen besser, der Kräftezustand hob sich von Tag zu Tag. Es wurde noch längere Zeit hindurch Hygiama mit ausgezeichnetem Erfolge gereicht.

Im ganzen wurde in 23 Fällen Hygiama zu Versuchszwecken verabfolgt, ohne daß ein Mißerfolg zu verzeichnen gewesen wäre. Stets war eine Gewichtszunahme und Steigerung des Appetites zu bemerken.

II. Referate.

A) Aus deutschen Zeitschriften.

Martin Hohlfeld, Über die Bedeutung des Kolostrums. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Experimentelle Untersuchungen über die Bildung des Kolostrums und seine Rolle bei der Ernährung. Zu kurzem Referat nicht geeignet. Hecker (München).

A. von Koós, Über Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) 3 Fälle von Pneumokokkenperitonitis mit Besprechung der einschlägigen Literatur.

Hecker (München).

Gustav Aschaffenburg, Über Epilepsie und epileptoide Zustände im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Aus den interessanten kritischen Ausführungen des bekannten Psychiaters entnehme ich u. a. folgendes: Für die Epilepsie ist nicht der Krampfanfall charakteristisch, sondern die Bewußtseinsstörung. Dabei bedarf es zur Diagnose nicht tiefster Benommenheit oder völliger Aufhebung des Bewußtseins. Verf. bezeichnet vielmehr als charakteristische Eigenart der Epilepsie: die periodischen Schwankungen des psychischen Gleichgewichts, die je nach der allgemeinen Beteiligung des Zentralnervensystems zu leichteren oder schwereren Bewußtseinsstörungen führen, und die von Krampfzuständen begleitet sein können, aber nicht begleitet sein müssen. Recht häufig bei Epileptikern sind die eigentümlichen Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Traurigkeit ohne äußeren Anlaß, Heimweh, Drang zum Fortlaufen, Selbstmordgedanken, tiefe Depressionszustände. Bedeutungsvoll bei diesen Stimmungsschwankungen sind die körperlichen Begleiterscheinungen. Verf. beobachtete bei seinen Gefängnispatienten u. a. blasse, fahle Gesichtsfarbe oder auch kongestive Röte des Gesichts, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Kleinheit des Pulses, Schweißausbrüche, Händezittern, weite Pupillen, Augenflimmern, Kopfschmerzen und von rein nervösen Erscheinungen Verlangsamung des Denkens, der Auffassungs- und Merkfähigkeit, auch dumpfe Betäubung und Teilnahmslosigkeit. Bei Kindern sind es häufig periodisch wiederkehrende „Ungezogenheiten“, besonders auch „Wutkrämpfe“, bei denen man an die Möglichkeit von Epilepsie denken muß. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Spasmophilie des Säuglings und der Epilepsie möchte Verf., entgegen Thiemich, nicht jeden Zusammenhang leugnen. Die Epilepsie ist, so wie wir sie jetzt auffassen, ein Sammelbegriff, „der seinem Schicksal, in verschiedene, wahrscheinlich anatomisch prinzipiell verschiedene Krankheitsformen zu verfallen, nicht entgehen kann“. Die Abtrennung der Spasmophilie erscheint zunächst noch verfrüht. Hecker (München).

Heinrich Klose, Zur Klinik der zystischen Echinokokkuskrankheit im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Eine „klinisch-geographische Skizze“, die sich mit den pathogenetischen und statistischen Besonderheiten der Echinokokkuskrankheit, sowie mit propädeutischen, differentialdiagnostischen und therapeu-

tischen Erhebungen befaßt. Instruktive Tabellen über die prozentuarische Organverbreitung des zystischen Echinokokkus und tabellarische Übersicht sämtlicher bisher beobachteter einschlägiger Fälle.

Hecker (München).

P. P. Eminet, Der Einfluß der Muskelübungen und des Aufenthalts in den Sommerschulkolonien auf den Puls und den Blutdruck bei Kindern von 7—15 Jahren. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Aus den Ergebnissen sei hervorgehoben:

Der Blutdruck steigt fast in allen Fällen, nachdem sich die Kinder 30 Tage in den Kolonien aufhielten, zuweilen um 30 mm Hg, und nur in 7 Fällen wurde der Blutdruck geringer.

Fast in der Hälfte der Fälle (46 %) nähert sich die Pulskurve nach einem 30—60 tägigen Aufenthalte in den Kolonien der Größe und Anordnung der sekundären Erhöhungen zufolge einer normalen. Eine solche Annäherung zur normalen Pulskurve nach einer 60 tägigen Erholung der Kinder gilt als Regel. Nach einem 30 tägigen Aufenthalte in den Kolonien stieg die Größe der Pulswellen in der Hälfte der Fälle. Nach einer Erholung der Kinder in den Kolonien werden die sekundären Erhöhungen erhabener und deutlicher ausgedrückt. Die prädikrotische Erhebung nahm nach einem 30 tägigen Aufenthalte in den Kolonien in 12 Fällen zu, d. h. in 42,3 %. Nur in 4 Fällen wurde der Puls dikrotisch.

Bezüglich des Blutdruckes und des Charakters des Sphygmogrammes bei kurzdauernden Muskelübungen ergibt sich:

Der Blutdruck erhöht sich stark am Anfange der Muskelarbeit, hält sich aber nicht lange und sinkt unveränderlich sofort nach der Beendigung der Tätigkeit. Beim Laufen steigt und sinkt der Blutdruck geschwinder als bei langsamen Übungen mit Widerstand. Beim Auftreten von Verdunstung, was besonders gut bei den zum Schwitzen neigenden Individuen zu beobachten ist, folgt ein rasches Sinken des Druckes. Die Pulskurve wird unter dem Einflusse von Muskelarbeit irregulär. Diese Unregelmäßigkeit ist nach dem Laufen besonders groß; der Puls nimmt den Charakter eines galoppierenden und beschleunigten an. Die Größe der Pulswellen steigt auffällig an, besonders nach dem Laufen. Die sekundären Schwankungen sind bei den gymnastischen Muskelübungen erhabener als nach dem Laufen. Manchmal geht der Dikrotismus in einen prädikrotischen Puls über, besonders nach der Übung mit Widerstandsapparaten.

Hecker (München).

A. Schkarin, Über Präzipitation bei neugeborenen Kaninchen. (Beitrag zum Studium der künstlichen Ernährung des Neugeborenen.) (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 46. Heft 3—6.) Während es bei einem älteren Kaninchen gelang, nach Injektion von Kuhmilch Präzipitine im Blut (Laktoserum) zu erhalten, war es bei einem Neugeborenen sowohl wie bei einem Kaninchen im Laufe der ersten Lebenswochen nicht möglich, Präzipitinbildung durch subkutane Injektion von Kuhmilch hervorzurufen. Die Untersuchungen ergaben außerdem eine Bestätigung der Arbeiten von Ganghofner

und Langer, sowie von Uffenheimer, durch welche die große Durchlässigkeit der Gewebe des neugeborenen Kaninchens für fremdartige Stoffe bewiesen war.

Hecker (München).

Hasenkopf und **Rothe**, Ein Beitrag zur Frage der Bazillenträger bei Diphtherie. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 66. Heft. 4.) Die Ergebnisse der am Potsdamer Kadettenhaus angestellten Untersuchungen sprechen gegen die Ubiquität der echten Löfflerschen Diphtheriebazillen, die sich einzig und allein nur bei den Rekonvaleszenten, aber bei keinem der gesund gebliebenen 177 Kadetten nachweisen ließen, und weiterhin für die Zweckmäßigkeit einer frühzeitigen, auf Grund der klinischen und bakteriologischen Diagnose erfolgten und bis zum Verschwinden der Diphtheriebazillen fortgesetzten Isolierung des bazillentragenden Kranken bzw. Genesenden, besonders da, wo Kinder der Ansteckung durch die Genesenden ausgesetzt sind.

Hecker (München).

Egis und **N. J. Langovoy**, Mosers Serum als Heilmittel bei Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 66. Heft 5.) Bei der Behandlung von schweren Scharlachfällen mit Mosers Serum fällt das Sterblichkeitsprozent von 47,4 bis zu 16,1. Das Serum besitzt vorwiegend eine antitoxische Wirkung. Sein Einfluß auf die Komplikationen des Scharlachs ist geringfügig. Es ist im Verlaufe der ersten drei Krankheitstage und im äußersten Falle am vierten Tage zu injizieren. Die Temperatur fällt desto schroffer, je früher das Serum injiziert worden ist; in reinen Fällen fällt sie schneller wie in komplizierten.

Solange es keine Methode gibt, das Serum zu dosieren, muß man auf einmal 200 ccm injizieren, ausgenommen im jüngsten Kindesalter, wo eine Injektion von 100—150 ccm genügend sein kann. Die Individualität des Pferdes übt einen großen Einfluß auf den Wert des Serums, weshalb mehr oder weniger wirksame Seren vorkommen.

In Fällen von Mischinfektion — Scharlach und Diphtherie — konnte man bei gleichzeitiger Injektion des Moserschen und des Diphtherieheilserums seinen bedeutenden Effekt bemerken, wenngleich der Effekt weniger stark ist, wie bei reinem Scharlach. Prophylaktische Injektionen — an beschränktem Material ausgeführt — bestätigen die Ergebnisse von Moser. Die Häufigkeit der Serumkomplikationen und ihre Gravität infolge des großen Serumquantums ist die negative Seite des Serums.

Hecker (München).

E. Ferraris-Wyss, Über Scharlachrezidiv und Pseudorezidiv. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 67. Heft 4.) Die Scharlachrezidive sind eine seltene, aber unbestreitbare Erscheinung; sie sind eine Wiederholung des Scharlachs mit seinem ganzen Krankheitsbild bei Kranken, die sich schon in vorgeschrittener Konvaleszenz befinden.

Die Pseudorezidive sind eine noch seltenere Erscheinung als die Rezidive. Sie unterscheiden sich von letzteren durch die Zeit, in der sie vorkommen — bevor der Kranke in die Konvaleszenz eingetreten ist — und durch die Art des Exanthems, das zu Masernart hinneigt, sowie durch die häufige Konjunktivitis, wie sie eben den Masern eigen ist. Es besteht nicht immer ein klarer Unterschied zwischen Rezi-

diven und Pseudorezidiven, sondern es gibt manchmal atypische, gemischte Formen.

Alter und Geschlecht haben keinen Einfluß auf das Vorkommen von Rezidiven. Die Ursache der Rezidive ist nicht genau bekannt; speziell ob eine Infektion von außen oder eine Autoinfektion vorliegt. Es ist eine familiäre Prädisposition zu Scharlachrezidiven zu vermuten, wie man solche auch bei Scharlachnephritis hat.

Die Prognose bei Scharlach scheint durch die Rezidive nicht erschwert zu werden. Hecker (München).

Ludwig Sior, Zur Euchininbehandlung des Keuchhustens. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 67. Heft 4.) Das Euchinin entfaltet die gleiche Wirkung wie die Salze des Chinins. Es hat vor diesen den großen Vorzug, daß es Kindern leicht beigebracht werden kann. Dagegen ist es nicht frei von den Nebenwirkungen des Chinins; ob dieselben schwächer und seltener zutage treten, wie beim Gebrauch der Chininsalze, ist noch eine offene Frage, die sich erst bei ausgedehnterer Verwendung des Mittels mit einiger Sicherheit beantworten läßt.

Hecker (München).

K. Hochsinger, Über die Verhütungen der Syphilis in der Haltekinderpflege. (Monatsschrift f. Gesundheitspflege. 1908. Nr. 7 u. 8.) H. faßt seine Ausführungen wie folgt zusammen:

1. Es muß unbedingt gefordert werden, daß jeder in Haltepflege kommende Säugling einmal unmittelbar vor der Abgabe und ein zweites Mal spätestens nach Ablauf der ersten Woche seines Aufenthaltes in der fremden Pflege amtsärztlich untersucht wird.

2. Syphilis oder Syphilisverdacht schließt die Möglichkeit der Abgabe bzw. Forthaltung in Außenpflege aus. Solche Kinder müssen in Kinderspitäler abgegeben werden.

3. In jenen Provinzhauptstädten, welche keine eigenen Kinderspitäler besitzen, müssen zumindest Spitalsabteilungen für kranke Säuglinge errichtet und den öffentlichen Spitälern oder Entbindungsanstalten angegliedert werden.

4. In den Pflegschaftsbüchern für die Ziehmütter muß auf die Gefahr einer möglichen Einschleppung der Syphilis aufmerksam gemacht werden, insbesondere muß in denselben der Vermerk enthalten sein, daß jede Schnupfenerkrankung, jeder Hautausschlag, jede Knochenauftreibung beim Säugling syphilisverdächtig ist und daher die sofortige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erfordert.

5. Ärztliche Hilfe für Haltekinder muß unentgeltlich seitens der zuständigen Gemeinde beigestellt werden.

6. Der Gesundheitszustand der Haltekinder muß bis zum Ablauf des dritten Lebensmonates allwöchentlich ärztlich festgestellt werden.

7. Die Feststellung des Syphilisausbruches bei Haltekindern zwingt zur sofortigen Abgabe solcher Kinder in Spitalsbehandlung.

8. Alle im Pflegschaftshause zurückbleibenden Gebrauchsgegenstände des syphilitischen Kindes müssen durch Siedehitze sterilisiert oder verbrannt werden.

9. Alle Kinderspitäler sollen mit Säuglingsabteilungen und besonderen Zimmern für syphilitische Kinder ausgestattet sein.

Grätzer.

C. v. Pirquet, Das Verhalten der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 30.) Tuberkulöse Kinder verlieren während der Masern die Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin für ungefähr eine Woche. Die Reaktionslosigkeit dürfte mit der Erfahrungstatsache zusammenhängen, daß der tuberkulöse Prozeß während der Masern sehr häufig an Ausbreitung gewinnt. Differentialdiagnostisch läßt sich eine positive Tuberkulinreaktion gegen die Masernnatur eines Exanthems verwerten. Grätzer.

E. Kirsch (Magdeburg), Rachitis und Skoliose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 30.) Die Ergebnisse von Schuluntersuchungen führen den Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Während der Schulzeit entwickeln sich in großer Anzahl habituelle Schiefhaltungen, aber nur wenige und nur schwach fixierte Skoliosen, bei den Mädchen mehr als bei den Knaben.

2. Es sind beim Eintritt in die Schule schon siebenmal so viel fixierte Skoliosen vorhanden, wie während der Schulzeit dazu kommen. Während derselben verschlimmern sich die fixierten Skoliosen, bei den Knaben mehr als bei den Mädchen.

3. Die fixierten Skoliosen sind, soweit sie nicht kongenital bedingt sind, fast alle rachitischen Ursprungs.

4. Die Schiefhaltung eines Schulkindes, die sicher keinerlei Fixationssymptome erkennen läßt, führt nicht zur schweren Form, kann aber nach langem Bestehen klinisch einige leichte Fixationssymptome zeigen.

Diese Beobachtungen finden eine Erklärung in folgender Annahme:

5. Schiefhaltung und Schiefwuchs sind als zwei getrennte Krankheitsbilder aufzufassen. Anatomisch ist die Grenze nicht bekannt, könnte aber dem Unterschied zwischen primärer Gelenkkontraktur und primärer Knochendeformität entsprechen. Ätiologisch beruht der Schiefwuchs in der Hauptsache auf Rachitis, die Schiefhaltung nicht. Klinisch beginnt der Schiefwuchs mit Torsion und fixierter Seitenabweichung, die Schiefhaltung mit unfixierter Seitenabweichung. Prognostisch erscheint die Schiefhaltung spontaner Rückbildung fähig, der Schiefwuchs nie oder selten. Therapeutisch ist die Schiefhaltung in jedem Stadium leicht zu beeinflussen, der Schiefwuchs nur in den meist vor dem Schulbesuch sich abspielenden Anfangsstadium.

Grätzer.

Oelsner, Über das erschwerte Dekanulement. (Aus der II. chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses Moabit in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 31.) O. kommt zu folgendem Resümee:

Als prophylaktische Maßnahmen gegen das erschwerte Dekanulement sind eine technisch einwandfreie Tracheotomia inferior und möglichst frühzeitige Dekanulementversuche angezeigt. Bei der Behandlung des erschwerten Dekanulements ist auf die Gewohnheitsparese der Kehlkopferweiterer mehr Gewicht zu legen. Systematische Versuche, diese an ihre Tätigkeit wieder zu gewöhnen und zu kräftigen, sind Wochen und Monate hindurch fortzusetzen, ehe man sich entschließen

darf, ein Kind mit der Kanüle für Jahre aus der Behandlung zu entlassen.

Über die im Krankenhause geübte Behandlung sagt O.: „Sie ging darauf hinaus, durch partielle und schließlich völlige Verstopfung der gefensterten Kanüle die Kehlkopferweiterer wieder an ihre Tätigkeit zu gewöhnen und zu kräftigen. Während wir in früheren Jahren häufiger im Laufe der Behandlung die Kanülen wechselten oder stundenlang fortließen, um sie dann aufs neue einzuführen, beschränkten wir uns in den letzten zwei Jahren nur auf den einmaligen Kanülenwechsel, wenn es galt, die gewöhnliche Kanüle mit der gefensterten zu vertauschen. Die weitere Behandlung nahmen wir dann in der Weise vor, daß wir häufiger im Laufe des Tages versuchten, das äußere Lumen der gefensterten Kanüle für einige Augenblicke zu verstopfen, dann ganz allmählich den Verschluß auf Minuten und Stunden ausdehnten, bis er Tag und Nacht ohne nennenswerte Störung vertragen wurde. Erst dann entfernten wir die Kanüle, brauchten sie dann aber auch nicht mehr in den beiden Fällen, in denen das Verfahren so systematisch geübt wurde, wieder einzulegen.

Grätzer.

W. Weiland, Kochsalz- und Zuckerinfusionen beim Säugling. (Aus der mediz. Klinik des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 28.) Nachprüfung der Versuche von Schaps. Die Resultate standen in direktem Gegensatz zu dessen Ergebnissen. Grätzer.

A. Baginsky, Die jüngste Diphtherieepidemie und die Serumtherapie. (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 28.) Sehr eingehende und interessante Studien, basierend auf dem im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause gemachten Beobachtungen. Die Serumtherapie hat sich wieder als souverän erwiesen, nur wird immer noch viel zu lange gewartet, so daß Todesfälle eintreten, wo bei frühzeitiger Anwendung des Serums sicherlich Rettung möglich gewesen wäre. B.s Mitteilungen klingen in eine erneute dringende Mahnung aus, daß stets für frühzeitiges Eingreifen der Serumtherapie gesorgt werden solle. Grätzer.

Heubner, Hautgangrän bei Scharlachrheumatoid. (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 29.) Es handelt sich um einen sehr eigentümlichen Fall, nach H.s Ansicht sogar um ein Unikum. Von Dekubitus konnte keine Rede sein, bakterielle Infektion und embolische Entstehung konnten ausgeschlossen werden. Grätzer.

G. Arnheim, Über den gegenwärtigen Stand der Keuchhustenfrage. (Aus dem Patholog. Institut der Charité.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 31.) Aus den Untersuchungen ergab sich, daß die Bakterien von Bordet-Gengou als spezifisch anzusehen sind, weil ihnen allein von den übrigen bei Keuchhusten beschriebenen Mikroorganismen Beziehungen zur Serodiagnose des Keuchhustens zukommen. Für die Auffassung der Keuchhustenerkrankung als eines lokalen infektiösen Katarrhs der Atmungswege erscheint es von Wert, daß diese Bakterien intensiv reizende Stoffe sezernieren, wodurch sie

vor andern gelegentlich in der Trachea vorkommenden Mikroorganismen ausgezeichnet sind. Für die Praxis hat die Serumuntersuchung bei der meist nicht zu verkennenden Diagnose des Keuchhustens nur Wert für die abortiven Formen der Krankheit. Im Interesse der Prophylaxe wäre die Prüfung dieser Fälle mittels Agglutination und Komplementbindung von Vorteil. Die serotherapeutische Beeinflussung ist bereits von Bordet-Gengou mittels ihres Pferdeimmunserums geprüft worden, hat aber keine nennenswerte Resultate ergeben. Sie verspricht wegen der technischen Schwierigkeiten und der geringen toxischen Eigenschaften der Kulturen vorläufig wenig Aussicht auf Erfolg.

Grätzer.

C. Nauwerck und **E. Flinzer**, Paratyphus und Melaena des Neugeborenen. (Aus dem patholog.-hygien. Institut der Stadt Chemnitz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 23.) Bei der Sektion eines 36 Stunden nach der Geburt gestorbenen Kindes gewann man aus dem Leichenbefund den Eindruck, daß es sich hier um eine mykotische Allgemeininfektion gehandelt habe, die sich im Magen lokalisiert hatte. Es wurde das Leichenblut bakteriologisch untersucht. Nachdem der im Blut gefundene Bazillus als ein hochvirulenter Stamm des Bac. paratyph. B. bestimmt war, kam es darauf an zu eruieren, ob die Mutter des Kindes eine paratyphöse Erkrankung durchgemacht habe. Die Nachforschungen und Untersuchungen ergaben in der Tat, daß die Mutter 4 Wochen ante partum Paratyphus durchgemacht hatte. Alles spricht dafür, daß die Übertragung nicht etwa erst bei der Geburt, sondern vielmehr intrauterin auf dem Wege des Plazentarkreislaufes erfolgte. Schon die Schwere der anatomischen Erscheinungen bei der Kürze des extrauterinen Lebens drängt zu dieser Auffassung. Entscheidend sind aber die Angaben der Hebamme über den gesundheitlichen Zustand des Kindes bei der Geburt, welche es sofort für schwerkrank hielt und sich zu ihrer Umgebung dahin äußerte, es werde bald sterben. Ihr fiel die blaßgrünliche Hautfarbe des Neugeborenen, die Schwäche des Pulses, die Schlaffheit der Glieder, die allgemeine Kühle des Körpers auf. Während das Kind in den ersten Lebensstunden ängstlich schrie, schlief es dann beständig bis zum Eintritt des Todes.

Es ist hiermit zum ersten Male festgestellt, daß auch beim Paratyphus der spezifische Bazillus intrauterin von der Mutter auf die Frucht übertragen werden kann, und daß diese selbst an Paratyphus erkrankt. Wenn es gestattet ist, die Inkubationszeit des Paratyphus, wie aus einigen Beobachtungen hervorzugehen scheint, bis zu etwa 3 Wochen Dauer anzusetzen, so steht nichts entgegen, die Infektion von dem akuten Krankheitsstadium der Mutter abzuleiten, wenn es auch natürlich sich nicht ausschließen läßt, daß sie erst später von der vielleicht zur „Paratyphusbazillenträgerin“ gewordenen Mutter erfolgt ist.

Über das Eindringen des Bact. coli in den Körper des Kindes läßt sich etwas Bestimmtes nicht aussagen. Möglich ist es ja, daß es sich von vornherein um eine intrauterine Mischinfektion mit Paratyphusbazillus und Bact. coli gehandelt hat. Freilich spricht der völlig negative Ausfall der Agglutinationsprobe mit dem Blutserum der

Mutter gegenüber dem Kolistamm des Kindes dagegen. Es erscheint wahrscheinlicher, daß das Bact. coli bei oder nach der Geburt in den schon erkrankten Verdauungskanal gelangt ist und dort einen geeigneten Boden zum Eintritt in die Blutbahn getroffen hat.

Grätzer.

F. Hamburger, Über die Wirkung des Alttuberkulins auf den tuberkulosefreien Menschen. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Wien.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 23.) Die Unempfindlichkeit gegen Tuberkulin ist beim „normalen" Erwachsenen etwas sehr seltenes, weil es eben kaum Erwachsene gibt, die keinen tuberkulösen Herd haben. Schon im Pubertätsalter sind, wenigstens bei den Stadtkindern, die Tuberkulosefreien in einer geringen Minorität. Findet man aber solche Individuen, so sind sie auch gegen große Tuberkulindosen völlig unempfindlich, gerade so unempfindlich wie tuberkulosefreie Säuglinge. H. führt dafür zwei Beispiele in extenso an.

Es wurden im ganzen 43 Kindern (0—14 Jahre) große Tuberkulindosen (10, 50 und 100 mg) injiziert, ohne daß jemals die geringsten Allgemeinerscheinungen oder Temperatursteigerungen beobachtet worden wären. Selbstverständlich wurden so große Dosen nur bei Individuen angewendet, die weder die Kutanreaktion noch die Stichreaktion (auf 0,1 mg) gegeben hatten. Einem Mädchen von 6 Jahren waren sogar 500 mg Tuberkulin injiziert worden, ohne die geringsten Allgemeinerscheinungen zu bewirken. Man sieht also, daß nicht nur Säuglinge, sondern auch ältere Kinder unter Umständen selbst sehr große Tuberkulindosen vertragen, ohne die geringsten Vergiftungserscheinungen zu zeigen.

Die örtliche Reaktion aber ist nicht Wirkung des Tuberkelbazillus, sondern eine Reizwirkung anderer im Kochschen Präparat enthaltener Substanzen (Glyzerin, Salze usw.). Das Alttuberkulin zeigt also Giftigkeit nur für die Gewebe des (aktiv oder inaktiv) tuberkulösen Menschen. Daher ist die Tuberkulinreaktion (kutan, subkutan oder konjunktival) eine spezifische, eine allergische. Grätzer.

A. Eysell (Kassel), Beitrag zur Syphilistherapie. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 24.) E. schildert das Verfahren, bei dem er seit vielen Jahren schöne Erfolge gesehen hat, wie folgt: „Es handelt sich um Kalomeleinblasungen in die Nasenhöhle, die ich zunächst bei den bekannten Schnupfenzuständen hereditär syphilitischer Kinder vornahm. Dreimal täglich wurde ein Dezigramm eines Gemenges von gleichen Teilen Kalomel und Milchzucker in jedes Nasenloch eingestäubt. Die Pulvermenge entspricht etwa der Größe einer Erbse; sie läßt sich am einfachsten mittels eines sogenannten Federlöffelchens dosieren, das man sich durch Verkehrteinstecken der Stahlfeder in den Halter jederzeit leicht herstellen kann. Verwendet man einen Schaufelpulverbläser, so ist ein solches Federlöffelchen natürlich entbehrlich. Unter diesen Insufflationen beginnen nach wenigen Tagen die örtlichen Erscheinungen zurückzugehen. Setzt man nun die Einblasungen fort, so hebt sich auch das Allgemeinbefinden der kleinen Kranken in auffälliger Weise. Ermutigt durch diese Erfolge wandte

ich das Mittel dann auch bei Plaques und geschwürigen Prozessen der Nasenschleimhaut, des Nasenrachenraumes, der Tonsillen und der Gaumenbögen an, so zwar, daß ich bei Patienten, die das 10. Lebensjahr überschritten hatten, die Kalomelmengen entsprechend vergrößerte (Kalomel 2 auf Milchzucker 1 0,1—0,3 3 mal täglich in jedes Nasenloch). Wenn man den Kranken tief inspirieren läßt, gelingt es auf diesem Wege leicht, das Pulver auch in den Kehlkopf und die Trachea einzustäuben. Stets sieht man bei länger fortgesetzter Behandlung syphilitische Affektionen an anderen Körperstellen ebenfalls verschwinden, was doch nur durch Aufnahme genügender Hg-Mengen in die Gesamtsäftemasse erklärt werden kann. Die durch diese Therapie hervorgerufenen Beschwerden sind äußerst geringe. Örtliche Reizungen traten nur bei gleichzeitiger Verordnung von Jod auf. Stomatitis mercurialis sah ich bei entsprechender prophylaktischer Behandlung der Mundschleimhaut merkwürdigerweise ziemlich selten sich entwickeln.

Grätzer.

H. Obermüller (Mainz), Die Kupierung der akuten Mittelohrentzündung. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 24.) O. hat von seinem Jenenser Lehrer Kessel ein Verfahren gelernt, das nicht nur die Schmerzen sofort lindert, sondern bei frischen Entzündungen, in den ersten 24 bis höchstens 48 Stunden angewandt, auch dem Entzündungsprozeß Einhalt tut. Es besteht einfach in Einträufelung folgender Tropfen:

Rp.: Extr. Opii 1,0
Glyzerin. anhydric. 10,0
(Pharmak. Brit. 31° Bé)

Die Instillation der dickflüssigen, nicht erwärmten Masse wird stündlich vorgenommen, wobei Patient immer mindestens 10 Minuten sich aufs gesunde Ohr zu legen hat. Die Wirksamkeit hängt von dem spezifischen Gewicht des Glyzerins ab (es muß das englische sein, das vom Apotheker beschafft werden muß!), das hoch genug sein muß, damit die Osmose energisch von statten gehe. Ein Übertreten wenn auch geringer Mengen Opiums in die Pauke kann man in praxi konstatieren an der schlafmachenden Wirkung obiger Medikation, zumal bei Kindern. Trotzdem hat O. nie Zeichen von Vergiftung beobachtet.

Grätzer.

Morgenroth, Die kutane Tuberkulinimpfung nach v. Pirquet bei Kindern des ersten Lebensjahres. (Aus der Kinderklinik der Akademie für prakt. Medizin zu Köln.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 26.) M. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Durch die Pirquetsche Kutanimpfung ließ sich feststellen, daß ca. 5% der in der Zeit vom August 1907 bis Ende März 1908 in der akademischen Kinderklinik zu Köln behandelten Säuglinge tuberkulös war.

2. Die kutane Tuberkulinimpfung ist, ohne jede Vorbereitung in der Sprechstunde mit unverdünntem Alttuberkulin ausgeführt, zuverlässig, frei von Nebenwirkungen, für den Säugling ganz irrelevant.

3. Sie sollte vom praktischen Arzte in jedem Falle angewandt werden, wo offene Tuberkulose der Umgebung des Säuglings vor-

kommt und eine tuberkulöse Erkrankung des Kindes angenommen werden kann.

4. Die Pirquetsche Kutanimpfung entscheidet über die Diagnose: Tuberkulose im Säuglingsalter. Der umständlichen, nicht immer ganz ungefährlichen und manchmal nicht zuverlässigen subkutanen Impfung bedarf es nicht mehr.

5. Wo immer ein Säugling auf die kutane Impfung positiv reagiert, ist die Untersuchung seiner Umgebung auf offene Tuberkulose nötig; fast ausnahmslos ließ sich eine solche offene Tuberkulose in der Umgebung nachweisen.

6. Da die tuberkulöse Infektion des Säuglings sehr häufig von der offenen Tuberkulose der Umgebung herrührt, so können die Kinder des ersten Lebensjahres nicht früh genug aus dieser gefahrbringenden Umgebung entfernt werden.

7. Die Säuglingstuberkulose ist meist eine Inhalationstuberkulose, entstanden durch Aufnahme menschlicher Tuberkelbazillen. Grätzer.

K. Dresler, Kefirmilch als Säuglingsnahrung. (Mediz. Klinik. 1908. Nr. 27.) D. hat Kefirmilch, deren Zubereitungsweise er genau angibt, mit ausgezeichnetem Erfolge als alleinige Nahrung gleich nach der Geburt, wie im Allaitement mixte und bei sämtlichen im Säuglingsalter vorkommenden Ernährungsstörungen und Magendarmerkrankungen gegeben. Aus seinen Erfahrungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Die Kefirmilch ist wegen der Billigkeit, Zuverlässigkeit und Einfachheit ihrer Herrichtung allen Sauermilchpräparaten vorzuziehen.

2. Die Kefirmilch stellt ein vorzügliches Nahrungsmittel für gesunde und kranke Säuglinge dar.

3. Die Kefirmilch ist wegen ihrer Billigkeit die Säuglingsnahrung der armen Familien.

4. Die Kefirmilch ist berufen, bei Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hervorragende Dienste zu leisten. Grätzer.

O. Schellong (Königsberg), Beiträge zur Typhusdiagnose in der Hauspraxis. (Mediz. Klinik. 1908. Nr. 27.) Einige bemerkenswerte Fälle, auch Kinder zum Teil betreffend. So war der Fieberverlauf bei einem 12jährigen Mädchen ein sehr merkwürdiger: Schon am 5. Krankheitstage begann es spontan zu fallen und erreichte am 7. Tage bereits wieder die Norm. Bei einem 6jährigen Kinde fehlte jedes Krankheitsgefühl; bei Temperaturen von 40° und mehr völliges Wohlbefinden. Auch hier war der Fieberverlauf ein eigenartiger: Das Fieber setzte sofort mit 39,2° ein und war weiter charakterisiert durch tägliche steile morgendliche Remissionen über 3° und mehr, während sich doch an der Kurve im ganzen ein Hinaufgehen zu einem Fastigium bemerkbar machte. Unter den gleichen steilen Remissionen erfolgte der Fieberabfall. Grätzer.

K. Mayer, Beitrag zur Infektion von Mutter auf Kind im Wochenbett. (Aus der Universitätsfrauenklinik in Marburg.) (Mediz.

Klinik. 1908. Nr. 27.) Zwei interessante Fälle. Beim ersten war die Mutter an Endometritis streptococcica und Sepsis universalis erkrankt, der sie erlag. Am 12. Tage fiel auf, daß das Kind ganz benommen war, nicht schrie, sondern apathisch dalag. Es starb noch am selben Tage. Bei der Sektion fand sich in der linken Nabelarterie ca. 3 cm vom Nabel entfernt eine geringe Menge Eiters. Es handelte sich bei dem Kinde um eine Peritonitis streptococcica nach Nabelarterieninfektion. Da die gleichen langgliedrigen Streptokokken als Todesursache bei Mutter und Kind gefunden wurden, so ist wohl eine Übertragung als sicher anzunehmen. Die Mutter ist wohl die Infektionsquelle gewesen. Denn bei ihr zeigten sich schon am 5. Tage Störungen, wo das Kind noch völlig gesund war. Es soll die erwachsene Tochter, welche die Mutter pflegte, einmal beim Kinde die durchnäßte Nabelbinde gewechselt haben; auf diese Weise wäre die Übertragung zu erklären. Die Infektion kam wahrscheinlich kurz vor oder zur Zeit des Nabelschnurabfalls zustande. Rötung und Schwellung, sowie stärkere Sekretion des Nabelgrundes waren nie vorhanden; das Kind schien immer normal, als es plötzlich kollabierte und starb. Es ist aber auch in der Literatur wiederholt bestätigt, daß gerade die schwersten Infektionen bei noch haftendem oder teilweise gelöstem Nabelstrang entstehen können und daß die Erkenntnis einer Infektion bei noch haftendem Schnurrest recht schwierig oder ganz unmöglich sein kann. Jedenfalls zeigt der Fall wieder die Notwendigkeit der strengen Trennung der Pflege im Wochenbett, wenn Mutter oder Kind erkranken, oder wenigstens der sorgfältigsten Desinfektion bei solcher Pflege.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um Keimübertragung von der Mutter auf das Kind bei Ausübung des Stillgeschäftes. Bei der Mutter ein Mammaabszeß mit Staphylococcus pyogenes albus. Nach Abheilung wird das Kind wieder angelegt. Letzteres, bis dahin gesund, bekommt schon am nächsten Tage am Halse einen Abszeß. Auch hier dieselben Kokken. Die Keime müssen durch makroskopisch nicht sichtbare Verletzungen der Schleimhaut der Mundhöhle ihren Weg genommen haben, um auf dem Lymphwege den Abszeß am Unterkieferwinkel zu verursachen. Nach abgeheilter Mastitis können noch pathogene Keime in den Milch- und Ausführungsgängen der einzelnen Drüsenlappen liegen, welche dann beim Saugakte übertragen werden. Man darf also nicht gleich nach Ablauf der Entzündung das Kind ohne weiteres wieder anlegen, sondern erst, wenn durch den Milchstrom diese Keime fortgeschwemmt worden sind. Grätzer.

W. Gilbert, Über Behandlung der Blennorrhoea neonatorum mit Rinderserum. (Aus der Univers.-Augenklinik zu München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 30.) Das — leicht aus dem Schlachthaus zu beziehende — Serum wird zu den alle 2 Stunden zu wiederholenden Ausspülungen benutzt (auf Eis gehalten, bleibt es mindestens 24 Stunden lang wirksam). Es gelingt damit, die Keime aus dem parasitären in einen saprophytischen Zustand überzuführen, klinisch das schwere Krankheitsbild in ein leichteres umzuwandeln. Es wird die Silbertherapie — dieselbe ist stets neben den Serum-

spülungen, die eben nur statt der üblichen Spülungen mit leichten Desinfizientien appliziert werden, anzuwenden — der Boden vorbereitet und durch diese kombinierte Behandlung die völlige Heilung schneller als früher herbeigeführt. Das Rinderserum besitzt reichlich Opsonine gegen die Gonokokken, es tritt eine erhöhte phagozytäre Tätigkeit der Leukozyten sehr bald nach der Spülung ein, der Krankheitsprozeß wird aufs günstigste beeinflußt. Grätzer.

Best (Dresden), Kurzsichtigkeit und ihre Verhütung. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 30.) B. betont mit allem Nachdruck, daß Einschränkung des Lesens und Schreibens in den Schulen — z. B. durch Abschaffung des deutschen Alphabetes — das beste Mittel ist, die Kurzsichtigkeit zu verhindern. Die Naharbeit ist der schädlichste Faktor, ihre Einschränkung weit wesentlicher, als die Sorge für gute Beleuchtung. Grätzer.

W. Fackenheim, Erfahrungen mit der Pyozyanasebehandlung bei Diphtherie. (Aus dem städt. Krankenhause zu Wiesbaden.) (Therap. Monatshefte. August 1908.) F. gelangt zu folgenden Schlüssen:

Die Pyozyanase ist ein wesentliches Unterstützungsmittel der Behandlung der Diphtherie. Sie scheint die Bakterien an der Eintrittspforte ihrer Toxine zu zerstören und so die weitere Bildung von Giftstoffen zu verhindern. Diese Wirkung macht sich in dem schnellen Verschwinden der Rachenerscheinungen, vor allem der Bazillen selbst, und in der schnellen Besserung des Allgemeinbefindens bemerkbar.

Die Pyozyanase soll stets in Verbindung mit Serum angewendet werden. Trotz mancher trüben Erfahrungen bei Anwendung des Serums in schweren Diphtheriefällen wird man doch daran festhalten müssen, daß durch das Serum eine der Komponenten, aus denen sich die Gefahr bei schweren Diphtheriefällen ableitet, ausgeschaltet wird, und es liegt kein Grund vor, auf diese Wirkung des Serums zu verzichten. Grätzer.

F. Göppert (Kattowitz), Der Kardiospasmus, eine Ursache des habituellen Erbrechens der Säuglinge. (Therap. Monatshefte. August 1908.) G. teilt eine Beobachtung von eigenartigem Würgen — es trat bei den ersten Schlucken auf und unterbrach häufig das Trinken; direkt in den Magen eingeführte Nahrung löste die Würgbewegungen nicht aus — mit, die er auf Kardiospasmus zurückführt, eine dem Pylorospasmus pathologisch gleichwertige Erscheinung von seiten der Kardia. Durch Sondenfütterung wurde nicht nur die Inanition abgewendet, sondern die Heilung eingeleitet.
Grätzer.

A. Hecht (Beuthen OS.), Die Behandlung des Nasenrachenkatarrhs bei Kindern. (Therap. Monatshefte. August 1908.) H. hat die Beobachtung gemacht, daß sehr heftiger, krampfhafter Husten reflektorisch von dem Nasenrachen, der katarrhalisch affiziert ist, ausgeht; besonders nachts, in Rückenlage, fließt das Sekret an der hinteren Fläche des Pharynx herab und löst am Larynx den Reflex aus. Recht häufig ist dies Vorkommnis bei Masern. Das beste Mittel dagegen

sind Einträufelungen (anfangs 3 stündlich, später 3 mal täglich) in die Nase mit einer $^1/_2$ $^0/_0$ igen Sozojodolzinklösung. H. verordnet dieselben bei Masern, sobald sich intensiver Schnupfen einstellt, schon prophylaktisch und vermeidet dadurch nicht nur den Reizhusten, sondern auch Mittelohrentzündungen. Grätzer.

Näcke (Hubertusburg), Die Diagnose der Homosexualität. (Neurol. Zentralbl. 1908. Nr. 8.) Jede Empfindung, die beim Anblick oder Berühren einer gleichgeschlechtlichen Person auftritt, mag sie nun zu irgendwelchen geschlechtlichen Betätigungen führen oder nicht, ist eine homosexuelle. Sie kann in dem Sinne nie rein platonisch bleiben, als immer sinnliche Gedanken — wie schon das Frauenleben erweist — damit verknüpft sind. Die Diagnose des homosexuellen Empfindens ist sehr schwierig, zumal auch nachgewiesene homosexuelle Akte kein vollgültiger Beweis sind, da aktive und passive Päderastie auch heterosexuell bedingt sein kann. Objektive körperliche Zeichen fehlen meist. Zwar haben männliche Urninge mitunter feminine Eigenschaften: Weibliche Stimme, fehlender Bartwuchs, schmale Schultern, breites Becken usw., weibliche Homosexuelle entsprechend maskuline Eigenschaften, doch gilt das für das Gros der Urninge nicht. Auch seelisch feminine Eigenschaften: abnormer Entwicklungsgang, Beschäftigung mit Nähen, Puppen usf. kommt beim echten Urning oft genug vor, können aber auch, durch das Milieu bedingt, bei Heterosexuellen vorhanden sein und beweisen für die Homosexualität wenig. Meist zeigt sich das abnorme Fühlen erst zur Pubertätszeit. Aus der bisexuellen Anlage jedes Menschen läßt sich die Inversion des Sexualtriebes erklären. Nach der Pubertät findet sich dann als objektives Zeichen des homosexuellen Empfindens ein ausgesprochener sexueller Horror vor dem andern Geschlecht, ein deutliches Schamgefühl dem gleichen Geschlecht gegenüber, doch nur ein einziges scheinbar untrügliches subjektives Zeichen für die Diagnose ist das Bestehen homosexueller Träume. Der Homosexuelle träumt, wenn sexuelle Träume auftreten, nur homosexuell, der Heterosexuelle nur heterosexuell, der Bisexuelle homo- und heterosexuell, der Pseudohomosexuelle nur heterosexuell. Und ist das Traumleben von der Glaubwürdigkeit des Untersuchten bzw. seiner schriftlichen Aufzeichnungen (Tagebücher usw.) abhängig. Auch der Beruf des Urnings beweist wenig. — In den oberen Bevölkerungsschichten scheint es mehr Homosexuelle als in den unteren zu geben. — Heredität und neuropathische Belastung ist — im Gegensatz zu Krafft-Ebing — selten. Von der echten unterscheidet sich die erworbene Homosexualität — onanistische Handlungen mit dem gleichen Geschlecht bei Fehlen des andern Geschlechts bei einem im Grunde Heterosexuellen (auf Schiffen, Bordellen, Kasernen, Internaten usw.). Auch die Wüstlingshomosexualität ist wohl eine unechte. Nie kann durch Verführung, Onanie, Lektüre usw. ein hetero- in einen homosexuell Empfindenden umgewandelt werden. Die Homosexuellen der alten Griechen und Römer waren sicher in der Mehrzahl Pseudohomosexuelle, die aus irgendwelchen Gründen der Gewohnheit, Tradition, ja sogar Religion der Knabenliebe fröhnten.

Zur Begutachtung und Diagnose der Homosexuellen war ein Arzt

mit großer persönlicher Erfahrung auf diesem Gebiet gefordert worden. Ein Urteil über Abwesende und Verstorbene soll sich nicht nur auf Aufzeichnungen oder dergleichen, sondern wenn möglich, vor allem auf frühere ärztliche Befunde stützen. (Homosexuelles Empfinden bei Tieren ist bis jetzt noch nicht sicher erwiesen.) Arthur Stern.

Weigelin, Anatomische Untersuchung eines Falles von Streptokokkenkonjunktivitis beim Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Augenklinik Tübingen.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Februar 1908.) Als Erreger von Katarrhen und Blennorrhöen der Neugeborenen sind verschiedentlich Streptokokken festgestellt worden. Verf. beschreibt einen der seltenen Fälle, in dem es sich um eine einfache primäre, nicht pseudomembranöse Konjunktivitis infolge von ektogener Streptokokkeninfektion handelte: Es wurde ein 4 Tage altes Kind in die Klinik gebracht mit der Angabe, es habe seit 1—2 Tagen eitrigen Ausfluß aus den Augen. — Es fand sich eine sehr starke, bretthartе Schwellung der Lider mit mäßiger eitriger Sekretion. Auf den Konjunktiven, die stark gerötet und geschwellt waren, fanden sich keine Beläge; Corneae klar; Tränenwege in Ordnung.

Im Ausstrichpräparat des Konjunktivalsekrets, das nach Gram gefärbt wurde, waren zahlreiche Streptokokken vorhanden. Die angelegten Kulturen wiesen ebenfalls Streptokokken auf.

Erkundigungen ergaben, daß die Mutter schwer an Streptokokkensepsis erkrankt war.

Schon am nächsten Tage starb das Kind an allgemeiner Schwäche.

Verf. gibt auf einer Tafel ein sehr schönes Schnittpräparat mit Bakterienfärbung, die eine ausgebreitete Streptokokkeninvasion in die Bindehäute erweist.

Da der Bulbus und die übrigen Organe des Körpers völlig intakt gefunden wurden, handelt es sich also um eine auf die Bindehaut beschränkte Streptokokkeninfektion.

Als praktisch Wichtigstes zeigt der Fall, daß eine Blennorrhoea neonatorum ganz analog der Gonokokkeninfektion durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen werden kann und nicht nur das klinische, sondern auch das anatomische Bild ein ähnliches ist.

Sommer (Mayen).

B) Aus ausländischen Zeitschriften.

K. Schwarz, Ein Beitrag zur Kasuistik der primären Nasendiphtherie bei Säuglingen. (Wiener klin. Rundschau. 1908. Nr. 25.) Ein 6 Monate altes Kind erkrankte an mäßig intensivem Schnupfen mit schleimg-eitriger Sekretion. Diese wurde immer profuser, das Allgemeinbefinden schwerer. Im Nasenschleim keine Diphtheriebazillen. Am 10. Tage erster Belag an der Uvula; massenhaft Löfflerbazillen, die auch jetzt, trotzdem die Sekretion der Nase

noch profus ist, in letzterer fehlen. Sofort Seruminjektion. Die Rachendiphtherie hält sich in mäßigen Grenzen, das Kind ist rasch genesen. Grätzer.

M. Tièche, Ein Fall von multiplen diphtherischen Ulzerationen der Haut nach Pemphigus neonatorum bzw. infantilis. (Aus der dermatol. Univers.-Klinik in Bern.) (Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 15.) Wie das Kind zu der Diphtherieinfektion gekommen war, ließ sich nicht mit irgendwelcher Wahrscheinlichkeit eruieren. Jedenfalls war sie nicht durch eine Autoinokulation von den Schleimhäuten aus entstanden, da diese dauernd frei waren. Der Fall gehört also zu den seltenen Beobachtungen von primärer, bzw. ausschließlicher Infektion der Haut. Als Inokulationspforten müssen die Reste der Pemphigusblasen angesehen werden; als das erste Geschwür manifest wurde, schien der Pemphigus allerdings schon abgeheilt; man wird aber wohl sicher nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß feinste Läsionen der Hornschicht oder wenigstens eine besonders leichte Lädierbarkeit derselben noch zurückgeblieben waren, so daß, nachdem einmal das erste Geschwür entstanden war, die zahlreichen andern durch Autoinokulation leicht erklärt werden können; denn die Art des Auftretens sprach nicht für multiple simultane, sondern für sukzessive Einimpfungen. Daß neben Wunden alle möglichen Hauterkrankungen, Ekzeme, Pyodermien usw., zu Diphtherieinfektionen Anlaß geben können, ist bekannt; daß der Pemphigus neonatorum bzw. infantilis ebenfalls in diese Klasse gehört, kann nicht wundernehmen, war aber bisher noch nicht bekannt. Jedenfalls erklärt das die außergewöhnliche Multiplizität der Herde. Das klinische Bild der Ulzerationen war recht charakteristisch: scharfe Abgrenzung, unregelmäßige Form, festhaftender grauweißer Belag, Infiltration und Rötung der Ränder, Entstehung der Geschwüre ohne vorausgehende Effloreszenzen (Pusteln usw.). Gewiß können auch ekzematöse Effloreszenzen, Ulcera mollia, syphilitische Geschwüre usw. einen diphtheroiden Belag aufweisen — doch ist das Bild wohl kaum je so charakteristisch, und im Zweifelfall muß eben die bakteriologische Untersuchung immer vorgenommen werden. Erwähnenswert ist ferner das relativ gute Allgemeinbefinden des Kindes trotz der großen Ausdehnung des Hautprozesses.

Durch eine Seruminjektion nebst lokaler Behandlung (10 % Wismutvaseline) kam letzterer rasch zur Abheilung. Grätzer.

F. Thellung, Ovarialzyste bei einem Mädchen von 8 Jahren. (Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 15.) Der Fall wurde kompliziert durch eine nach der Operation auftretende Vioformvergiftung. Letztere kam zustande trotz sehr geringer Mengen des angewandten Mittels ($2^1/_2$ % ige Vioformgaze), wohl weil das Kind sehr schwächlich und heruntergekommen war. Grätzer.

E. Mettler, Zur Therapie der Melaena neonatorum. (Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1908. Nr. 15.) Die starken Blutungen sistierten bei dem 24 Stunden alten Kinde nach subkutaner Injektion von 10 ccm einer 10 % igen Gelatinelösung. Grätzer.

Dudley W. Boswell, A case of cerebrospinal meningitis with immediate recovery ofter trephining. (Brit. med. Journ. 21. Dezember 1907. Bd. II.) Das 5jährige Kind fand am 4. August 1907 Aufnahme im Hospital mit den Erscheinungen einer Pseudoskarlatina. Plötzlich Beginn mit Kopfweh, Erbrechen, unbestimmtem Hautexanthem, Delir, Fieber und Strabismus. Kopf retrahiert. Kind reizbar und aufgeregt, klagt stets über Kopfschmerz, besonders in der Stirn, Kernigsches Zeichen, Taches cérébrales. Ernährung durch die Nase wegen Regurgitation. Am 9. Tag vorübergehender Nystagmus. Gegen Ende des ersten Krankheitsmonats erst leichte Konvulsionen, dann epileptiforme Krampfanfälle. Tiefe Abmagerung, Leib kahnformig eingezogen. Die am 42. Krankheitstag vorgenommene Lumbalpunktion ergab eine trübe Flüssigkeit mit Polynukleären, Lymphozyten und Diplokokken. Keine Besserung. Am 58. Tag Trepanation. Nach Inzision der Dura unter dem rechten Scheitelbein entleeren sich einige Tropfen Flüssigkeit und es kommt zu einem Gehirnprolaps. In den folgenden Tagen ergießt sich noch viel Flüssigkeit in das Bett. Die Wunde heilt rasch, am Ende der ersten Woche wird ein Drain entfernt. Nach der Operation fiel die Temperatur, die Konvulsionen blieben aus und der Strabismus verschwand. Die Reizbarkeit und die Unruhe verloren sich ebenfalls. Das Kind nahm schnell zu und zeigte wieder für seine Umgebung Interesse. Am 82. Tag nach der Aufnahme verließ das Kind geheilt das Hospital.

H. Netter (Pforzheim).

George Carpenter, A fatal case of chorea associated with double optic neuritis and hyperpyrexia in a child aged $3^1/_2$ years. (Lancet. Bd. II. 30. November 1907.) 6 Wochen bevor C. den Kranken, ein $3^1/_2$ jähriges Mädchen, zum erstenmal sah, hatte das Kind geschwollene Hände und Füße. 14 Tage später zeigte es allgemeine choreatische Bewegungen und hatte, wie C. feststellen konnte, ein Geräusch an der Mitralis. Am Hinterkopf, an den Fußknöcheln und an den Füßen fanden sich zahlreiche subkutane Knötchen. Temperatur 100° F. Wegen konjunktivaler Reizung mußte nach kurzer Zeit das Arsen ausgesetzt werden. Das Kind kam sehr herunter und zeigte einige Pityriasisflecke. Die Knötchen waren inzwischen verschwunden. Dagegen trat doppelseitige Neuritis optica auf. Das Kind wurde mehr und mehr matt und schläfrig, die choreatischen Bewegungen ließen nach. Am 2. August, 2 Monate nach Beginn der Erkrankung, war die Morgentemperatur 101,6° F. und um Mitternacht hatte die Temperatur 106,4° F. erreicht, ohne daß Delirien vorhanden gewesen wären. Die choreatischen Bewegungen waren bedeutend heftiger geworden. Bei wiederholten Antifebringaben war die Temperatur bis zum nächsten Tag gefallen, um wieder auf 106,4° F. zusteigen. Auf eine Abwaschung fiel die Temperatur auf 103,8° F. In dieser Zeit war die Atmung sehr beschleunigt, das Gesicht livid, die Lippen blau. Schlucken schwierig. — Die Autopsie ergab eine geringe Verrückung der Mitralklappe, Injektion der Peyerschen Plaques, die inneren Organe im übrigen ganz normal, auch das Gehirn. C. bemerkt zu diesem Fall, daß in seiner mehr als 20jährigen

Erfahrung dies das einzige Beispiel einer rheumatischen Hyperpyrexie bei einem Kinde ist, das er gesehen. Die beigegebene Kurve veranschaulicht den Temperaturverlauf sehr deutlich, sie zeigt, daß zu Beginn, obwohl die Krankheit mit rheumatischen Beschwerden einsetzte, die Kranke keineswegs an rheumatischem Fieber litt.

H. Netter (Pforzheim).

E. Burvill-Holmes, Anästhesie der Kornea und Konjunktiva bei der Meningitis cerebrospinalis. (Journ. of the American. Med. Assoc. 25. Januar 1908.) Verf. hatte bereits vor 2 Jahren, bei der Entnahme von Eiter bei einer eitrigen Konjunktivitis des linken Auges eines an Cerebrospinalmeningitis erkrankten jungen Mannes die Beobachtung gemacht, daß man über die Conjunctiva bulbi hinweggehen könnte, ohne einen Reflex auszulösen, und das nicht nur auf der kranken Seite, sondern auch auf der rechten. Verf. hat seitdem systematisch dieses Symptom in allen Fällen von Cerebrospinalmeningitis geprüft und dasselbe bei der Hälfte der Kranken angetroffen. Gegen den Einwand, daß das in Rede stehende Phänomen einfach eine Folge des Bewußtseinsverlustes ist, führt Verf. an, daß weder beim alkoholischen Stupor noch bei der Urämie eine Anästhesie von Kornea oder Konjunktiva sich findet. Verf. konnte ferner eine Analgesie oder eine mehr oder weniger vollständige Anästhesie eines oder beider Augen konstatieren bei Kranken, die nicht die mindeste Obnubilation aufwiesen. Die in Frage stehende Anästhesie scheint auf einer Läsion des Trigeminus zu beruhen, der durch die Ziliarnerven die Sensibilität der Kornea und durch die Supraorbitales und Supratrochleares diejenige der Konjunktiva versorgt. Wie dem auch sei, das Phänomen könnte gegebenenfalls die Differentialdiagnose erleichtern zwischen der Meningitis cerebrospinalis und gewissen anderen mit meningitischen Symptomen einhergehenden Krankheitszuständen, wie z. B. dem Typhus oder der Urämie. H. Netter (Pforzheim).

H. G. Beck und **W. R. Stokes,** Eine epidemisch-katarrhalische Pneumokokkenaffektion. (Journ. of the American medical Association. 14. September 1907.) Wenn auch die Rolle des Pneumokokkus bei den Erkrankungen der oberen Luftwege gut bekannt ist, so scheinen andererseits veritable Pneumokokkenaffektionen, die eine klinische Einheit mit epidemischem Charakter darstellen, bis jetzt nicht beschrieben zu sein. Die beiden Verff. glauben dieses Bild zeichnen zu können, indem sie sich auf 56 Fälle stützen, von denen 33 bakteriologisch genau untersucht werden konnten. Der epidemische Charakter der Erkrankung scheint keinem Zweifel zu unterliegen, wenn man erfährt, daß 13 Familien zusammen 46 Kranke hatten. Das Kindesalter stellte dazu das Hauptkontingent, denn mehr als die Hälfte der Kranken hatten noch nicht das siebente Lebensjahr erreicht. Alle diese Erkrankungen ereigneten sich im Frühjahr. — Die allgemeine Symptomatologie erinnert in manchen Zügen an das klinische Bild einer banalen Koryza mit akuter Laryngitis. Nach einem mäßigen Fieber sieht man unmittelbar Tränenfluß und schleimige Nasenabsonderung auftreten. Die Stimme ist heiser, krampfartiger Husten gesellt sich hinzu und bei ganz jungen Kindern kann sich der Laryngospasmus

bis zu einem asphyktischen Zustand verschlimmern. Zwei Symptome geben jedoch der Affektion eine ziemlich charakteristische Note: eine Conjunctivitis purulenta in mehr als einem Drittel der Fälle konstatiert und — sehr häufig — eine ausgedehnte Herpeseruption, endlich allerdings nur in 125 °/₀ der Fälle Pseudomembranen in Nase und Rachen, von gelber Farbe, leicht abhebbar und, bei direkter Untersuchung, reich an Pneumokokken. Dauer der Krankheit 7—10 Tage. Niemals trat eine Pneumonie als Komplikation hinzu. Die bakteriologische Untersuchung erstreckte sich in zahlreichen Fällen zugleich auf das Rachen-, Nasen- und Augenexsudat. Dabei gelang der direkte Nachweis zahlreicher Pneumokokken meist leicht. Die Identität des Mikroben wurde andererseits unschwer durch die besonderen tinktoriellen Eigenschaften und durch Impfversuche erhärtet. Verff. sind von der pathogenen Rolle der Pneumokokken bei der Entstehung der hier geschilderten Symptomengruppe fest überzeugt.

H. Netter (Pforzheim).

Roux de Brignoles, Deux observations d'emphysème souscutane au cours d'appendicite grave. (Marseille médical. 15. Jan. 1908.) Die seltene Komplikation einer Appendizitis, die hier angezeigt wird, hat Verf. zweimal kurz hintereinander beobachtet. Der erste Fall bezieht sich auf einen jungen Gymnasiasten, der mit Eisumschlägen behandelt wurde. Am 4. Tag stellten sich Zeichen einer allgemeinen Peritonitis ein und 24 Stunden darauf zeigte sich, ohne eine Änderung der Hautfarbe, zwischen Spina ilei anterior superior und Oberschenkel subkutanes Emphysem, das bis zum folgenden Tag den ganzen Leib ergiffen hatte und nach abwärts bis an das Knie reichte. Am folgenden Tag waren beide Beine und Scrotum und der Thorax befallen. Der zweite, gleichfalls tödlich verlaufene Fall betraf eine Mutter, die bis zu ihrer Erkrankung bei der Pflege ihrer Kinder sich stark überangestrengt hatte. Der Allgemeinzustand war in beiden Fällen derart, daß eine Operation unterblieb, so daß Verf. keine plausible Erklärung für das Phänomen geben kann. Jedenfalls aber hält er mit der Konstatierung eines Hautemphysems im Verlauf einer Appendizitis die Prognose führ sehr ernst. H. Netter (Pforzheim).

J. Comby (Paris), Gouttes de lait et tuberculose infantile. (Archives de méd. des enf. 1908. Nr. 3.) Milchverteilungsanstalten, genannt „gouttes de lait“ und die mit denselben in Verbindung stehenden Ordanationsanstalten für Säuglinge sind berufen, eine wichtige Rolle in der Ernährungshygiene des ersten Kindesalters zu spielen. Durch dieselben werden die eine so große Sterblichkeit bewirkenden Magendarmerkrankungen auf ein Minimum reduziert und hierdurch in prophylaktischer Beziehung den Dystrophien, dem Rachitismus und der allgemeinen mangelhaften Entwicklung der Neugeborenen entgegengearbeitet. Diese Anstalten spielen auch dadurch eine wichtige Rolle, daß sie die Ernährung an der Mutterbrust erleichtern.

Man darf aber nicht den „gouttes de lait“ eine Rolle in der Prophylaxis der Tuberkulose einräumen, indem man annimmt, daß die Tuberkulose hauptsächlich durch die Kuhmilch verbreitet wird und folglich jene Kinder, die mit sterilisierter Milch ernährt werden,

auch von Tuberkulose verschont bleiben werden. Die Erfahrung zeigt, daß dem nicht so ist, daß der Hauptfaktor in der Verbreitung der Tuberkulose die menschliche, namentlich die familiale Ansteckung ist. Dieser muß also, aber durch andere als die erwähnten Mittel, entgegengearbeitet werden.

E. Toff (Braila).

André Moussous (Bordeaux), Erythème fessier et Eczéma séborrhéique. De l'opothérapie thyréoidienne dans l'eczéma du cuir chevelu. (Arch. de méd. des enf. Mars 1908. p. 180.) Außer der erythematösen Röte, die so oft bei Säuglingen das Gesäß, die perinaeo-genitale Gegend und die Oberschenkel hauptsächlich infolge Einwirkung des Harnes befällt, leiden Säuglinge noch an einer Art von Gesäßerythem, das sich von dem erwähnten hauptsächlich durch seine Hartnäckigkeit, durch seine größere, oft über den ganzen Körper reichende Ausdehnung und namentlich durch den Umstand auszeichnet, daß gleichzeitig auch Seborrhöe der behaarten Kopfhaut besteht. Die Entstehung dieser Hautkrankheit ist noch in Dunkel gehüllt, doch wäre die von Parhon und Urechie gemachte Beobachtung, daß nämlich bei Ekzem die Behandlung mit Thyreoidea gute Erfolge ergeben hat, eines näheren Studiums würdig. Auch der Verf. hat in zwei Fällen von seborrhoischem Ekzem gute Resultate mit der Schilddrüsenbehandlung erzielt und fragt sich, ob es sich in diesen Fällen nur um eine funktionelle Unzulänglichkeit der Schilddrüse oder auch um die gesteigerte Funktionierung anderer drüsiger Apparate, die nicht genügend rasch atrophieren und hierdurch größere Mengen von toxischen Stoffen in den Blutkreislauf gelangen lassen, also eine Art von Auotintoxikation bewirken, handelt. Verf. gibt aber nicht an, welche drüsigen Apparate er meint.

E. Toff (Braila).

Cassoute (Marseille), Ophtalmo-réaction chez les enfants et en particulier chez les nourrissons. (Arch. de méd. des enfants. Avril 1908.) Der Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen, um mittels der Okuloreaktion ausfindig zu machen, ob die Neugeborenen latente Tuberkulose mit auf die Welt bringen, und ist zum Resultate gelangt, daß mit sehr seltenen Ausnahmen eine Tuberkulose nach der Geburt nicht ausfindig gemacht werden kann. Unter den 80 mit Instillationen von Tuberkulin-Test 1:100—200 untersuchten Kindern zeigte nur ein einziges positive Reaktion, während bei 6 das Resultat ein unbestimmtes und bei den übrigen 75 sicher negativ war. Weitere Untersuchungen haben gezeigt, daß man mitunter bei ganz sicher tuberkulösen Kindern eine negative Ophthalmoreaktion erhält, und wieder in anderen, wo keine Tuberkulose nachweisbar ist, eine positive Reaktion beobachtet. Die Methode ist also nicht derart, daß man auf dieselbe mit mathematischer Sicherheit bauen könnte, doch gibt dieselbe in der Klinik sehr wertvolle Fingerzeige. Fällt dieselbe bei mehrermals hintereinander wiederholten Untersuchungen negativ aus, so kann mit einer gewissen Sicherheit Tuberkulose ausgeschlossen werden. In jenen Fällen, wo die Reaktion positiv ausfällt, muß erst eine spätere, eventuell auch jahrelange Beobachtung darüber Aufschluß geben, inwieweit man auf dieselbe bauen kann.

E. Toff (Braila).

Fr. Houssay, Les lavages intestinaux au vin rouge dans le traitement des diarrhées infantiles. (Arch. de méd. des enfants. Avril 1908.) Der Verf. beschreibt die guten Erfolge, die er mit Darmwaschungen mit warmem, gekochtem roten Wein in Fällen von schweren Gastroenteritiden bei Kindern erzielt hat. Die verwendete Weinmenge betrug für eine Waschung 1—2 l und wurden, nach Bedarf auch 2—3 Waschungen pro Tag vorgenommen. Nimmt man den Wein nicht allzu alkoholreich und wird derselbe vor der Benützung gekocht, so ist eine ungünstige Einwirkung des Alkohols nicht zu befürchten. Auf den Krankheitsprozeß wirkt das Mittel einerseits antiseptisch und andererseits adstringierend ein. Außerdem ist dasselbe überall leicht zu beschaffen und konnte Verf. auch in jenen Fällen mit demselben gute Resultate erzielen, wo andere Mittel im Stiche gelassen hatten.

E. Toff (Braila).

René Kauffmann, L'appendice dans la scarlatine. (Thèse de Paris. 1908.) Der Wurmfortsatz, welcher ein bedeutendes lymphatisches Gewebe enthält, ist immer im Laufe des Scharlachs der Sitz eines mehr oder weniger intensiven Entzündungsprozesses und verschiedene Symptome sind auf denselben zurückzuführen. So z. B. das Erbrechen und sonstige gastro-intestinale Erscheinungen, die namentlich bei bösartigem Scharlach deutlich ausgeprägt sind. Da kommt es aber auch mitunter zur Entwicklung einer wahren Appendizitis, und zwar kann dieselbe sich in jedem Stadium der Krankheit entwickeln, oder auch nach vollständigem Abfalle des Fiebers auftreten.

Bei der Nekropsie findet man Verwachsungen zwischen Wurmfortsatz und Coecum, Entzündungen der Schleimhaut, kleine hämorrhagische Herde in derselben und eine deutliche Schwellung der Lymphdrüsen im Mesoappendix.

Ist im Laufe eines Scharlachs Appendizitis zur Entwicklung gelangt, so behandelt man dieselbe nach bekannten Prinzipien, geradeso als ob die Krankheit allein aufgetreten wäre. Bei schweren Scharlachfällen ist es von Vorteil, dem Auftreten einer Entzündung des Wurmfortsatzes vorzubeugen, einerseits durch strenge Diät, die ja bei Scharlach ohnehin beobachtet wird, und dann durch Auflegen einer Eisblase auf die Gegend des Appendix. Auch in der Rekonvalaszenz der Skarlatina ist eine genaue Beobachtung der Darmfunktion von Wichtigkeit.

E. Toff (Braila).

D. Stefaniu, Die Behandlung gastro-intestinaler Störungen mit Laktobazillin. (Inauguraldissertation, Jassy 1907.) Die gute Einwirkung der Milchsäure auf gastro-intestinale Störungen, namentlich bei Kindern, ist seit lange bekannt, es wurden daher, hauptsächlich von Metschnikoff, Untersuchungen angestellt, um die Beeinflussung der betreffenden krankhaften Prozesse durch lebend eingeführte Milchsäurebazillen festzustellen. Es zeigte sich, daß diese Einwirkung eine sehr günstige sei und wurden daher verschiedene laktische und paralaktische Mikroben kultiviert und therapeutisch verwendet. Unter diesen ist auch der von Heupel im

Pariser Pasteurschen Institute gewonnene Bazillus aus dem bulgarischen Joghurt, welcher rein gezüchtet und in Verbindung mit anderen paralaktischen Bazillen einen sehr energischen Milchsäureerzeuger abgibt. Der Verf. hat nun mit diesem Präparate, Laktobazillin genannt, auf der Kinderabteilung von Manicatide Versuche angestellt und namentlich bei infantiler Diarrhöe sehr gute Resultate erzielt. Die angewandte Dosis betrug 0,30 mehrmals täglich.

E. Toff (Braila).

García de Arias, Sarkom des Darmes bei einem Kinde. (Soc. Ginecol. Española. 19. Februar 1908; Rev. de Med. y Cir. Práct. 14. April 1908.) Beschreibung eines seltenen Falles; bei dem 4jähr. Kinde war die Diagnose teils auf Echinokokkus, teils auf tuberkulöse Peritonitis gestellt worden; bei der Operation, der das Kind erlag, ergab sich ein großes, anscheinend vom Appendix ausgehendes Sarkom.

M. Kaufmann.

Martínez Vargas, Die Barlowsche Krankheit. (La Medicina de los niños. Nr. 1, 2, 3, 4, 5. 1908.) Im Anschluß an die Vorstellung eines Falles bespricht V. ausführlich die Barlowsche Krankheit unter Verwendung und Zitierung einer umfangreichen Literatur.

M. Kaufmann.

Martínez Vargas, Akute Quecksilbervergiftung bei einem Brustkind infolge einer Quecksilberkur der Mutter. (La Medic. de los niños. April 1908.) Ein 8monatiges Kind, dessen Mutter wegen Iritis luetica mit Injektionen von Oleum cinereum behandelt wurde, erkrankte an einer akuten Quecksilbervergiftung (Erbrechen, Tenesmen, schleimig-blutige Durchfälle, rapide Abmagerung); nach dem Abstillen rasche Heilung. Das Hg ließ sich in der Milch der Mutter nachweisen.

M. Kaufmann.

Martínez Vargas und **R. Moragas,** Die Ophthalmoreaktion bei Kindern. (La Medicina de los niños. April 1908.) Unter 7 Fällen sechs sichere Tuberkulosen mit positiver, ein Pulmonalklappenfehler mit Verdacht auf Tuberkulose und negativer Reaktion; letztere klang in 3—8 Tagen ab.

M. Kaufmann.

L. Dominici, Contributo allo studio anatomo-pathologico della pertosse. (Rivista di Clinica pediatrica. November 1907.) Verf. teilt die Ergebnisse anatomisch-pathologischer Untersuchungen in 3 Fällen mit. Er fand in der katarrhalischen Periode eine Phlogose der Kehlkopfschleimhaut, besonders der supraglottischen und des obersten Abschnitts der subglottischen Region. Er hat nur spärliche Mikroorganismen gefunden, ohne daß eine Form besonders vorherrschte. An der Vorderfläche der Epiglottis fand sich eine sehr geringfügige Infiltration der Mukosa und Submukosa. Die Trachealschleimhaut zeigte keine Spuren von Entzündung, die peribronchialen und peritrachealen Drüsen waren im gewissen Grade hyperplasiert.

Im spasmodischen Stadium besteht eine nekrotisierende Phlogose, diese erstreckt sich am weitesten in der supraglottischen Region, wo hin und wieder Infiltrationen vorhanden sind, besonders in der Submukosa.

In der Submukosa findet man spärlich Bazillen; sie sind hingegen sehr zahlreich in dem nekrotischen Teil. Unter den Bazillen treten die von Letzerich beschriebenen hervor, die Verf. für Protozoen hält, von denen es schwer ist zu sagen, ob sie intra vitam oder post mortem an diese Stelle gelangt sind. F.

G. Guidi, Allattamento durante le melattie acute delle madri o delle nutrici. (Rivista di Clinica Pediatrica. Dezember 1907.) Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die Neigung vieler Ärzte, bei irgendwelchen Krankheitssymptomen der Mutter oder Amme das Kind von der Brust absetzen zu lassen, in vielen Fällen unberechtigt sei. Die Brustdrüse verfügt über unbekannte Schutzmittel gegen die Übertragbarkeit von Erkrankungen auf den Säugling. Das Übergehen von Bakterien in die Milch und damit auf den Säugling sei nicht gleichbedeutend mit Übertragung der Infektion, dazu gehöre noch eine Disposition eines gegebenen Organs und eine Prädisposition des Organismus. Viele experimentelle Untersuchungen bestätigen die Immunität bei Säuglingen, die von künstlich infizierten Müttern genährt wurden, und klinische Beobachtungen in Fülle stützen diese Versuche. Auch erleidet die Virulenz der Bakterien beim Durchgang durch die Milchdrüse eine Abschwächung; ferner gehen in die Milch Antitoxine über, durch die der Säugling immunisiert werden kann. Unter den wenigen Erkrankungen, bei denen sich die Übertragung als leicht erwiesen hat, zählt Verf. noch Pneumonie, Meningitis cerebrospinalis, Erysipel und alle Streptokokken- und Staphylokokkeninfektionen, puerperale Sepsis, die akute Galactoophoritis sowie alle Erkrankungen, bei denen Eitererreger mit der Milch auf den Säugling übergehen können. F.

Ricciardi, Sopra une caso paraplegia infantile degno di nota. (La Medicina Italiana. 1907. Nr. 23 u. 24.) Die bemerkenswertesten Punkte in der Krankengeschichte des $2^1/_2$ jährigen Knaben sind: 1. allmählicher Beginn, wobei sich die funktionelle Impotenz allein auf die Abduktoren des linken Schenkels beschränkte, kein Fieber vorhanden war und keine sonstigen Symptome außer ein auf die betroffenen Muskeln beschränkter Schmerz. 2. Langsames Fortschreiten der paralytischen Erscheinungen bis zur Parese des Blasenhalses. 3. Parese der rechten oberen Extremität. 4. Fehlen der Atrophie in den gelähmten Muskeln.

Verf. diagnostiziert Poliomyelitis anterior acuta; er ist zu der Überzeugung gelangt, daß diese Erkrankung bei Kindern langsam verlaufen und derart vom gewöhnlichen Aussehen abweichen kann, daß man auf eine irrtümliche Diagnose kommt. Die Poliomyelitis kann ohne Fieber und ohne die Allgemeinerscheinungen verlaufen, von denen sie im allgemeinen begleitet wird; sie kann mit zeitweiligen Schmerzen einhergehen, die auf bestimmte Muskelgruppen beschränkt sind; es können Störungen der Funktion des Sphinkter bestehen und es kann auch bei längere Zeit bestehender Erkrankung jede sichtbare Atrophie fehlen, wenn auch die elektrische Erregbarkeit verändert ist. F.

G. Rovere, Una piccola epidemia di „Megalerythema epidemicum". (La Pediatria. Januar 1908.) Von dieser sehr seltenen exanthematischen Erkrankung, die bisher in Italien noch nicht beobachtet wurde, hatte Verf. Gelegenheit, im Juni—Juli 1907 in Turin eine kleine Epidemie zu beobachten. Er beschreibt 10 Fälle und erörtert die Differentialdiagnose speziell gegenüber der Rubeola. Die Hauptcharakteristika sind: Inkubationsdauer von 4—14 Tagen; Prodromalstadium fehlt; das Exanthem beginnt mit einer lebhaften gleichmäßigen Rötung im Gesicht, besonders akzentuiert an den Backenknochen, läßt aber die Umgebung der Nase, des Mundes frei und ist am Halse und den Ohren durch eine guirlandenförmige Linie begrenzt; dann geht es auf die Extremitäten über, wobei es mit Vorliebe die Extensorenseiten ergreift. Das Exanthem ist charakterisiert durch 5—10 pfennigstückgroße Flecken von lebhaft roter Farbe, bald isoliert, bald konfluierend; beim Schwinden des Exanthems blassen sie erst im Zentrum ab und bieten so ein Bild dar, das an das polymorphe Erythem erinnert. Der Allgemeinzustand ist gut, die Dauer beträgt 10—20 Tage, Komplikationen und Folgezustände fehlen; die Kontagiosität ist ausgesprochen. F.

G. Finizio, Sul potere galattogeno della Galega officinalis. (La Pediatria. Januar 1908.) Verf. hat die Wirkung der Galega bei 10 Frauen mit spärlicher Milchsekretion, die sich im zweiten bis sechsten Monat des Stillens befanden, probiert. Aus seinen mit allen Kautelen angestellten Untersuchungen, deren Resultate in Tabellenform mitgeteilt werden, ergibt sich, daß die Galega officinalis ein wirkliches Laktagogum ist, d. h. daß es die Quantität der Milch vermehrt, ohne deren Nährwert dabei zu vermindern. F.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 14. Juni 1907.

1. Pfaundler demonstriert einige Kinder — nachweislich tuberkulöse, zweifelhaft tuberkulöse und unverdächtige Fälle —, an denen die kutane Reaktion noch von Pirquet angestellt war. Positiven Ausfall zeigten Skrofulöse und an verschiedenen Formen der Tuberkulose Leidende, auch einige Unverdächtige. Kachektische Kinder, sowie einige Fälle von Meningitis tbc., Miliartuberkulose verhalten sich, entsprechend v. Pirquets Angaben, negativ.

Bei einem an Lupus erkrankten Kinde blieb an der Insertionsstelle eine jetzt schon seit Wochen bestehende Hautveränderung zurück, die sich als eine diffuse, markstückgroße, braunrote, an der Oberfläche körnige nnd schuppende Infiltration erweist und die einem Skrofuloderm ähnlich sieht. Ein anderes Kind mit postmorbillösem Tuberkulid, das bis dahin stets augengesund gewesen war, erkrankte nach (infolge?) der Impfung an mehrfachen Phlyktänen und einem akneartigen Hautausschlag. Diese letzteren beiden Beobachtungen (Demonstration) scheinen von Interesse in bezug auf eine Hypothese, betreffend das Wesen der Skrofulose und die Genese skrofulöser Krankheitserscheinungen. Zu den charak-

teristischen Zeichen der Skrofulose gehören gewisse Hautveränderungen und die Phlyktänen der Konjunktiva. Wenn diese Erscheinungen als örtliche Reaktion auf die Einbringung von Tuberkulin bei tuberkuloseinfizierten Individuen hervorgerufen werden, dann kann die Auffassung gelten, daß bei der Skrofulose ein Zustand von wahrer Überempfindlichkeit gegen Endotoxine des Tuberkelbazillus vorliegt. Auf dem Wege der aktiven humoralen Immunität wird ein Stadium der Überempfindlichkeit durchlaufen; nach Ehrlich geht nämlich der Abstoßung spezifischer Rezeptoren ein Zustand von vermehrtem Bestande solcher Rezeptoren an der Zelle voraus, und die später ablenkenden Seitenketten wirken in diesem Stadium zuleitend, sensibilisierend. Bei der Tuberkulose scheint der Immunisationsprozeß träger abzulaufen als bei anderen Infektionen. Eine Reihe von Erscheinungen der Skrofulose, wie insbesondere die Bindehautprozesse, vielleicht auch die Schwellung der Oberlippe, manche Formen von Hautausschlag (bei denen Bazillen nicht im Spiele sind), wären hiernach vielleicht als Effekte einer Selbstimpfung mit ausgeschiedenem tuberkulotoxischen Stoffe anzusprechen, der solche Reaktionen auf dem Boden der durch die erstmalige Infektion geschaffenen Allergie hervorbringt.

Diskussion: Uffenheimer glaubt, daß es sich bei den Reaktionserscheinungen an der Impfstelle und den übrigen Affektionen am Auge und an der Haut um zwei verschiedene Dinge handelt. Die Reaktionserscheinungen der Impfstelle sind wohl der Ausdruck für eine irgendwo im Organismus (z. B. in den Bronchialdrüsen) sitzende tuberkulöse Erkrankung und die dadurch erfolgte Umstimmung (Allergie) des gesamten Körpers, also auch der Haut. Die weitergehenden Reaktionen der Haut aber können als spezifische lokale Allergie der Hautdecke aufgefaßt werden, wie sie v. Pirquet bei der Vakzination beschrieben hat. Sie sind nur bei Individuen aufgetreten, wo gerade das Hautorgan von tuberkulösen Veränderungen vorher ergriffen war, durch welche die Allergie ausgelöst wurde. Da Pfaundler die Entstehung der Phlyktäne auf eine Selbstimpfung des Kindes von der mit Tuberkulin beschickten Hautstelle aus zurückführt, frägt Uffenheimer an, ob ein Schutzverband angelegt worden sei.

Pfaundler: Ja, trotzdem ist die Möglichkeit einer Verschmierung gegeben.

Bezüglich des Auftretens der skrofulösen Erscheinungen im Gesichte und der Phlyktänen ist Moro nicht wie Pfaundler der Meinung, daß die Übertragung des Tuberkulins von der Impfstelle auf die mechanisch lädierte Konjunktiva oder auf eine andere fern gelegene Hautstelle notwendig ist, sondern ist überzeugt, daß die markanten Symptome der Skrofulose im Gesichte und auf der übrigen Haut in geeigneten Fällen auch dann zutage treten werden, wenn man eine derartige Übertragung von der Impfstelle aus vollkommen vermeidet. Die Phlyktäne ist seiner Meinung nach nichts anderes als eine Überempfindlichkeitsreaktion seitens einer allergischen Konjunktiva, eine selbständige Nebenreaktion der Pirquetschen Impfung. Sobald die lädierte Epidermis an irgend einer Stelle des Körpers mit dem Tuberkulosegift in Berührung tritt, können bei lokaler Überempfindlichkeit auch ferngelegene Bezirke des gleichen Organsystems in der ihnen eigentümlichen Form mitreagieren, so auch die Bindehaut des Auges, die biologisch mit der äußeren Haut innige Beziehungen aufweist. Es ist klar, daß bei jedem an Tuberkulose der Lymphwege leidenden Kinde zu Selbstimpfungen im Sinne der Pirquetschen Impfung reichlich Gelegenheit besteht; sehr häufig dürfte dieses Ereignis dann eintreten, wenn das mit dem Nasensekret entleerte Gift auf exkoriierte Stellen der Nasenschleimhaut oder der Oberlippe gelangt.

II. Seitz: Bericht über das Schicksal der Eingabe der Gesellschaft in Sachen **Unterweisung der Hebammen in der Säuglingsheilkunde.** Die ablehnende Stellung der Vorstände der Frauenkliniken wird durch scharfe Erklärungen der pädiatrischen Vertreter nach und nach etwas gemildert. Zu einer nochmaligen Revision der Eingabe wird eine kleine Kommission gebildet.

Diskussion: Pfaundler, Rommel, Meier, Dörnberger, Seitz.

Hecker (München).



80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

(Nach Deutsche med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

Sitzung am 19. September.

Vorsitzender: Siegert.

1. Cronquist (Malmö): **Demonstration von Plänen eines Säuglingsheimes.** Nach einer kurzen Übersicht des heutigen Standes der Säuglingsfürsorge in Schweden gibt Vortr. einige Daten der Säuglingsstatistik Schwedens und besonders der Stadt Malmö. Die Mortalität des ganzen Landes ist seit 150 Jahren von 20,46 % auf 8,43 % gefallen, die der ehelich Geborenen während der letzten 100 Jahre von 8,13 % auf 7,73 %, die der Unehelichen von 43,86 % auf 13,5 % erniedrigt. In Malmö weist jedoch während der letzten 10 Jahre die Säuglingssterblichkeit eine Steigerung auf und diese betrifft nicht nur die Unehelichen, sondern während der letzten 5 Jahre sogar auch die ehelich Geborenen, wahrscheinlich infolge Abnehmens des Stillens. Um dieser drohenden Gefahr entgegenzutreten, ist vorgeschlagen ein Säuglingsheim zu errichten, welches die Zentralstätte für die Säuglingsfürsorge in Malmö und Umgebung werden soll. In diesem Säuglingsheim wird eine kleine Abteilung für Schwangere und ein Asyl für 30 hereditär syphilitische Kinder nach dem Muster der Welanderschen Anstalt in Stockholm angereiht. Die Pläne dieser vorgeschlagenen Anstalt werden in größter Kürze besprochen.

2. M. Pfaundler (München): **Biologische Probleme zur Frage der Säuglingsernährung.** Das Referat gipfelt in Thesen über den unter verschiedensten Bedingungen (Alter, günstige und ungünstige Veranlagung, Ernährung mit roher und inaktivierter Milch, Nährschäden) im Blute von Menschen und Tieren, namentlich von Säuglingen angetroffenen Bestand an Haptinen, nämlich an (hämolytisch wirkendem) Komplement, hämolytischen und Nährstoff-Zwischenkörpern. Von den heuristischen Erwägungen des Vortr. werden namentlich folgende berührt:

1) Körper aus der Gruppe der Komplemente wirken beim Vorgange der Zellernährung mit. Ihr individuell wechselnder habitueller Bestand im Blute hat Beziehungen zur wechselnden Anlage hinsichtlich der Zellernährungsfunktion.

2) Natürliche Ernährung hebt — vielleicht durch direkte Übertragung (?) — den humoralen Komplementbestand.

3) Nährstoffe können unter besonderen (ungünstigen) Bedingungen im Organismus eine antigenartige Wirkung ausüben, d. h. Immunreaktion auslösen und den Säftebestand der Substanzen von Ambozeptorencharakter vermehren.

4) Eine solche Vermehrung findet in der Ontogenese unter physiologischen Bedingungen allmählich, in den alimentär-toxischen Schäden der Säuglinge, sowie in (akuten) Infektionskrankheiten präzipiert statt.

5) Insofern besteht eine Wesensverwandtschaft zwischen den Infekten und jenen Nährschäden, die in der klinischen Verwandtschaft beider Prozesse Ausdruck findet.

Diskussion. Escherich (Wien) kann auf Grund der an seiner Klinik angestellten Kontrollversuche die vom Vortragenden angegebenen Verhältnisse betreffend die Verschiedenheit und den Wechsel der Komplemente des Blutes bestätigen. Was immer das Endresultat dieser Untersuchungen sein wird, so ist die Erforschung dieser mit dem Gedeihen und der Ernährung des kindlichen Organismus innig zusammenhängenden Verhältnisse von großer Bedeutung.

Hohlfeld (Leipzig) bemerkt, daß bei vergleichenden Ernährungsversuchen mit roher und gekochter Muttermilch immer qualitative Unterschiede zu ungunsten der mit gekochter Milch ernährten Tiere sich ergeben.

Soltmann (Leipzig) fragt, ob der Komplementgehalt in seiner Stabilität bei Brustkindern in Gegensatz steht zu der Stabilität bei künstlich genährten.

Bauer (Düsseldorf) erklärt den Komplementgehalt im Blute durch den Ernährungszustand des Individuums, wie ihm eigene Versuche beim Tiere ergaben. Beim Menschen ist der Bestand an Komplementen schwer bestimmbar, weil wir nicht mit künstlichen Ambozeptoren arbeiten. Man müsse zu diesem Behufe Menschen oder Affen immunisieren. Zwischenkörper konnte Bauer bei Neugeborenen nie finden. Ihre Bestimmung ist von vielen Zufälligkeiten, besonders vom Gehalt an sonstigen hemmenden Stoffen abhängig (Fett usw.). Er fand ein Komplement in der Milch, außer bei dem Meerschweinchen mit Anwendung von künstlichen Ambozeptoren. Komplement wird im Magen sofort zerstört, was sich im Tierexperiment und Reagenzglas zeigen läßt. Der Versuch an der Ziege mit inaktiver Milch beweist auch nur, daß das kranke Tier geringeren Komplementgehalt hat als das gesunde.

Siegert (Köln) möchte darauf hinweisen, daß, wie Pfaundler selbst mit Recht unterstreicht, nur mit großem Vorbehalt Schlüsse aus den Untersuchungen über die Hämolyse auf die Vorgänge bei der Ernährung zu ziehen sind. Es besteht eben ein gewaltiger Unterschied zwischen jener und den Ernährungsvorgängen, bei denen die Arbeit der Verdauungsdrüsen, des Magens und Darmes, der Fermente die Hauptsache, die zelluläre Verdauung weniger beteiligt ist.

Schlossmann (Düsseldorf) sieht in der Ehrlichschen Theorie ebenso wie in den Gedankengängen von Pfaundler eine Möglichkeit, durch neue Fragestellungen einen Fortschritt der Wissenschaft zu erzielen. Ganz gleichgültig ist es dabei, ob der eine oder andere Gedankengang sich als richtig erweist. Schon das Aufwerfen neuer Fragen bedeutet einen Fortschritt.

3. Ibrahim (München): **Neuere Forschungen über die Verdauungsphysiologie des Säuglingsalters.** Vortr. gibt einen Überblick über den Fermentbestand des menschlichen Neugeborenen und das zeitliche Auftreten der einzelnen Fermente im Embryonalleben.

An neuen Befunden seien erwähnt: Das Trypsin findet sich im Pankreas des Fötus in Form von Trypsinogen und ist durch Enterokinase aktivierbar. — Enterokinase läßt sich beim Neugeborenen aus der Darmschleimhaut extrahieren. — Sekretin findet sich beim Neugeborenen und auch bei Frühgeborenen; doch sind bei letzteren die Befunde wechselnd. Die Sekretinbildung scheint beim menschlichen Neugeborenen und Fötus rückständig zu sein. — Amylolytisches Ferment kann man sowohl in der Parotis als auch in der Submaxillaris und im Pankreas des Neugeborenen und Frühgeborenen aus den letzten Monaten nachweisen, wenn man die Einwirkungszeit auf die Stärkelösungen auf 12 bzw. 24 Stunden verlängert. Es tritt im Verlauf des Fötallebens in der Parotis erheblich früher auf als in der Submaxillaris und im Pankreas. — Maltase, Laktase und Invertin fehlen in den Speicheldrüsen und in der Magenschleimhaut. Im Pankreas Neugeborener findet sich mitunter Maltase; Laktase und Invertin ließen sich auch bei älteren Säuglingen nie im Pankreas nachweisen. — Laktase findet sich in der Dünndarmschleimhaut des Neugeborenen, scheint aber erst in den letzten Monaten des Fötallebens aufzutreten, wurde bei mehreren lebensfähigen Frühgeborenen vermißt. Maltase ist schon viel früher im Darm des Embryo nachweisbar; Invertin ist eines der ersten Fermente, die sich beim menschlichen Embryo finden. Ein fettspaltendes Ferment konnte aus der Darmschleimhaut nicht gewonnen werden; dagegen gelang der Nachweis einer Lipase im Mageninhalt und in der Magenschleimhaut neugeborener und frühgeborener Kinder. Sämtliche erwähnten Verdauungsfermente ließen sich auch im Darminhalt (Mekonium) auffinden. Vortr. berichtet ferner kurz über gemeinsam mit Kopec unternommene Versuche über die Fettspaltung im Magen des Säuglings. Auch nach fettfreien oder sehr fettarmen Milchmahlzeiten enthält der Mageninhalt des Säuglings ein kräftig wirksames, fettspaltendes Ferment. Fermente des Pankreassaftes oder obersten Dünndarmabschnittes (Trypsin oder Maltase) ließen sich bisher auch nach fettreichen Mahlzeiten im Mageninhalt der Säuglinge nicht nachweisen. Es gelang bisher nicht, bei einem einjährigen Kinde durch eine Ölmahlzeit von 40—50 g nach Volhard Pankreassaft aus dem Magen zu gewinnen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

4. H. Cramer (Bonn): **Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge.** Die moderne Säuglingsfürsorge hat ihre vorbildliche Entwicklung in Frankreich genommen und ist

mit dem Namen des Geburtshelfers Budin verknüpft. Bis heute stehen Geburtshilfe und Pädiatrie in engster Fühlung. In Deutschland wird die Säuglingsfürsorge fast nur von den Pädiatern gefördert, so daß die Gefahr besteht, daß der Geburtshelfer aus seiner Stellung als erster Berater für die Ernährung des Kindes verdrängt wird. Es ist notwendig, daß die deutsche Geburtshilfe sich ihrer Aufgaben in bezug auf die Säuglingsfürsorge mehr bewußt wird und einen engeren Anschluß an die deutsche Pädiatrie sucht.

Diskussion: Escherich betont, daß die Geburtshelfer erst jetzt nach der Initiative der Kinderärzte anfangen, sich für die Neugeborenen zu interessieren. Das Studium der Physiologie und Pathologie desselben liege dem Wissensgebiet des Geburtshelfers fern, während es für den Kinderarzt praktisch und theoretisch von größter Bedeutung ist und daher demselben ausschließlich überlassen werden sollte.

Pauli (Lübeck): Die Frauenärzte können viel tun zur rationellen Ernährung der Neugeborenen durch genaue Unterweisung und Überwachung der Hebammen, welche ja meistens die ersten Beraterinnen der Neugeborenen sind.

Schlossmann weißt darauf hin, daß die pädiatrischen Kenntnisse vieler Gynäkologen eine Aufbesserung dringend vertragen könnten.

5. Aurnhammer (Düsseldorf): **Unterschiede der natürlichen und künstlichen Ernährung.** Vortr. stellte sich die Aufgabe, einen Einblick in die Magensaftsekretion bei gesunden Brust- und Flaschenkindern zu erhalten und ging dabei so vor: Gesunde Brustkinder erhielten nach achtstündiger Nahrungspause, welche in die Nacht fiel, eine bestimmte Menge Tee als Probefrühstück. Nach $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde wurde der Magen ausgehebert und die erhaltene Flüssigkeit auf Säure, Salzsäure, Lab und Pepsin quantitativ untersucht. Dasselbe Kind wurde dann abgestillt und nachdem es dann einige Tage von der Brust abgesetzt war, wurde der Versuch wiederholt. Es ließ sich nun ausnahmslos konstatieren, daß unter den gegebenen Bedingungen bei der Ernährung mit Kuhmilch die Labwirkung des Magensaftes stärker war und auch der Pepsingehalt (bestimmt nach Jacoby). Bezüglich des Labs war noch besonders interessant, daß bei der gewählten Versuchsanordnung die Brustkinder überhaupt keine Labwirkung hatten zu einer Zeit, wo Pepsin sich nachweisen ließ, während bei Kuhmilchkindern sich die Labwirkung unter allen Umständen präzis dartun ließ. Es erscheint der Schluß gerechtfertigt, daß die Unterschiede der natürlichen und künstlichen Ernährung bereits im Magen beginnen und daß dem Magen bei der Kuhmilchverdauung eine stärkere Sekretion auferlegt wird.

6. H. Risel (Leipzig): **Blutbefunde bei jungen hereditärluetischen Säuglingen.** Aus 51 Untersuchungen an 20 sicher hereditär-luetischen Säuglingen, von denen 1 im 1., 6 im 2., 8 im 3. Monat, weitere 4 im 2. Quartal und 1 am Ende des 1. Jahres stehen, ergibt sich für das Blut junger hereditär Syphilitischer:

Der Hämoglobingehalt ist herabgesetzt. Die Zahl der Erythrozyten sinkt von der Norm bei leichten Fällen über drei Millionen etwa als Durchschnitt bis auf $1^1/_2$ Millionen in schweren Fällen herab. Progredient mit der Schwere der Erkrankung zeigen sich weitere Schädigungen der Erythrozyten, zunächst starke Größenunterschiede der Zellen, dann meist geringe Poikilozytose, darauf Basophilie und basophile Körnelung. Kernhaltige rote Blutkörper fehlen nur in leichten Fällen, bei schweren treten Mikro- und Normoblasten mit pyknotischen Kernen, bei schwersten außerdem Normoblasten mit Radkern und Megaloblasten in die Zirkulation über. Es ist nicht selten, daß 5 % aller kernhaltigen Zellen Erythroblasten sind, der Höchstwert ist bei den Untersuchten 27 %. Eine ausgeprägte Leukozytose, d. h. über 20000 Leukozyten in 1 ccm, wird bei den vorliegenden Fällen nur relativ selten (14 mal) gesehen. Sie ist besonders bedingt durch Zutritt septischer Affektionen oder von Bronchopneumonien. Die beobachteten Leukozytosen sind ausgeprägt polynukleären neutrophilen Charakters. In günstigen Fällen ist wohl auch eine Lymphozytose mit hohen Leukozytenwerten verbunden, häufiger aber ist, und zwar in schweren Fällen, ein hoher Prozentsatz Lymphozyten verbunden mit höchstens normalen absoluten Leukozytenwerten. Ein eindeutiger Befund für die basophilen und eosinophilen polynukleären Leukozyten läßt sich nicht erheben, dagegen sind die mononukleären in den schweren Fällen vermehrt. Vereinzelte Myelozyten sind meist vorhanden, Prozentsätze von 0,5

und mehr — bis 5,6 % — nur in den schwersten Fällen, so daß diesem Befund eine ungünstige prognostische Bedeutung zukommt. Es treten dann neben den neutrophilen auch eosinophile Myelozyten auf. Öfters begleitet eine gänzliche Änderung des Aussehens der polynukleären neutrophilen Leukozyten diese hohen Myelozytenwerte. Es überwiegen — bis 82 % — die jüngeren Formen Metamyelozyten, Arnethsche Formen). Gleichzeitig oder kurz zuvor findet die größere Einschwemmung der Erythroblasten statt. Die schwersten Blutveränderungen werden bei den jüngsten Kindern gesehen. Gerade aber diese sind Brustkinder, so daß die Schädigung ganz auf Rechnung der Lues zu setzen ist. Dafür spricht auch der klinische Befund der Leber- und Milzschwellung, sowie der der Pseudoparalysen an den Extremitäten eines Teiles der Kinder. 13 der Untersuchten starben. Die Untersuchungen bestätigen die Befunde von Loos und widersprechen denen Zelenski-Cybulskis.

7. Schlossmann (Düsseldorf): **Über respiratorischen Stoffwechsel.** Vortr. hat in Düsseldorf Einrichtungen getroffen, um Untersuchungen über respiratorischen Stoffwechsel bei Kindern mit allen möglichen Kautelen in die Wege leiten zu können, und sich die Aufgabe gestellt, sukzessive alle in Betracht kommenden Fragen auf diesem Gebiete in Angriff zu nehmen. Der Apparat ist gebaut von den Vereinigten Fabriken für Laboratoriumsbedarf nach Angabe von Zuntz und Oppenheimer; er ist nach den mannigfaltigsten Richtungen hin gegenüber dem früher von diesen Herren benutzten Apparat von ihnen verbessert worden. Ein ganz besonderer Vorteil des Apparates ist, daß mit ihm unter Wasser gearbeitet wird, d. h. der Behälter, in dem das Kind sich befindet, wird in ein großes Gefäß mit Wasser versenkt. Dadurch ist jede Undichtigkeit ausgeschlossen und eine gleichmäßige Temperatur, die ja auch bei Gasmessungen sehr wichtig ist, gewährleistet. Der Apparat ist zunächst durch Verbrennung von Spiritus geeicht worden, und bei diesen Versuchen hat sich ergeben, daß man mit einer sehr bedeutenden Genauigkeit, welche derjenigen guter chemischer Methoden nahe kommt, arbeiten kann. Als erstes Problem wurde die Lösung der Frage in Angriff genommen: wie viel Kohlensäure produziert ein gesundes Brustkind während des Schlafes. Die Versuche wurden nachts vorgenommen. Jeder einzelne Versuch dauerte acht Stunden, und es gelang, sechs Versuche mit ein und demselben Kind durchzuführen, bei denen das Kind acht Stunden wirklich durchschlief. Als Resultat ergab sich, daß ein Kilo Kind pro Stunde 0,511 Liter Sauerstoff verbraucht und 0,466 Liter Kohlensäure produzierte. Der respiratorische Quotient war somit 0,911. Im übrigen war natürlich während der ersten Stunden Sauerstoffverbrauch und Kohlensäureproduktion größer, in den letzten Stunden geringer. Auch am hungernden Kind, d. h. bei solchen, welche aus therapeutischen Gründen mehr oder weniger lange zu fasten hatten, wurden einige Versuche angestellt. Hier war der respiratorische Quotient bedeutend geringer, weil die Kohlensäureproduktion wesentlich geringer war. (Forts. folgt.)

IV. Neue Bücher.

Sikorsky (Kiew). **Die seelische Entwicklung des Kindes nebst kurzer Charakteristik der Psychologie des reiferen Alters.** Verlag von Ambros. Barth. Preis: Mk. 3,60.

Was vorliegendes Werk besonders interessant macht, ist der Umstand, daß Verf. zum besseren Verständnis der Kindesseele den Leser mit den Grundprinzipien der vergleichenden Psychologie bekannt macht. Das Kapitel „Zoopsychologie", worin er das „Seelenleben" der Würmer, Ameisen, Bienen, Spinnen, Fische, Amphibien, Vögel und Säugetiere schildert, gehört zu den besten des Buches. Was Ref. aber am besten gefallen hat, ist die mehrfach betonte strenge Scheidung zwischen Tier- und Menschenseele. „Die Seele der Tiere ist eine kunstvolle Spieldose, die nur eine einzige Arie zu spielen vermag. . . . Die Seele des Menschen gleicht einem Musikwerke mit unendlich vielen Registern . . ." „Man nehme dem Menschen die Scham oder ein anderes Gefühl und er wird sich in einem moralischen Idioten — in ein Tier verwandeln." In unseren Zeitalter des Materialismus,

wo Häckels „Welträtsel“ eines der vielgelesensten Bücher ist, wirkt dieser Anklang an eine alte, rationalistische Psychologie erfreuend und wohltuend. Der alleinige Umstand, daß die Assoziationszentren beim Menschen nach Flechsig ihrem Umfang nach dreimal alle sensorischen Zentren zusammengenommen übertreffen, während dieselben beim Tiere hinter den sensorischen Zentren zurückbleiben, erklärt uns, weshalb ein halbjähriges Kind in vielem die höchsten ausgewachsenen Tiere übertrifft. Aber Sikorsky ist kein rationalistischer Psycholog im alten Sinn. Er erwähnt alle neueren experimentell physiologischen und experimentell pädagogischen Methoden und Arbeiten (Ziehen, Neumann, Kräpelin usw. usw.) die verschiedenen Typen der kindlichen Begabung, die Assoziations- und Reproduktionsversuche usw. Die ausführliche Betrachtung über die Bedeutung der Spiele für die geistige Entwicklung des Kindes gibt einen schönen Beitrag zur Frage: „Kind und Kunst.“ Es ist nicht möglich, den reichhaltigen Inhalt des mit 16 wohlgelungenen Illustrationen versehenen Buches weiter aufzuzählen. Es wird jeder Leser reiche Anregung darin finden. Der Kinderphysiologie folgt ein kurzer physiologischer Abriß der späteren Lebensalter, damit die Besonderheiten der Entwicklung der kindlichen Psyche plastischer hervortreten.

Feuchtwanger.

R. Fischl. **Therapie der Kinderkrankheiten.** Berlin, Fischers' Mediz. Buchhandlung. H. Kornfeld. Preis: Mk. 12.

Ein ausgezeichnetes Lehrbuch, das uns der bekannte Pädiater hier bietet. Aus eigenen reichen Erfahrungen schöpfend, verzichtet Verf. mit Recht darauf, ein Sammelsurium aller publizierten Behandlungsmethoden zu geben, sondern er schildert nur das, was er selbst erprobt hat und wirklich empfehlen kann. Dadurch gewinnt das Buch ungemein an Wert und es kann als Führer dem Praktiker die besten Dienste leisten, zumal dieser, was die Rezeptur, was die Durchführung der therapeutischen Aktionen, ja was die Bereitung der Krankenkost anbelangt, in dem Werke ganz genaue Vorschriften findet. Die klaren und kurzen Ausführungen werden überall vollem Beifalle begegnen. Grätzer.

V. Therapeutische Notizen.

Über Soxhlets Nährzucker und Nährzuckerkakao und ihren therapeutischen Wert, speziell bei Rachitis und Skrofulose läßt sich Dr. Peters (Eisenach) aus und bringt 10 Krankengeschichten, aus denen folgendes hervorgeht: Soxhlets Nährzucker ist nicht nur ein äußerst bekömmliches, vorzügliches Nährmittel zur Päppelung im Säuglingsalter, indem es infolge seines Gehaltes an Maltose und Dextrin zu gleichen Teilen die Kuhmilch der Muttermilch in der Zusammensetzung denkbar nahe bringt, sondern es wirkt auch kräftigend auf die Verdauungsorgane ein und befähigt die letzteren, die natürliche Nahrung besser zu vertragen, zu verdauen und zu verwerten. Durch seinen Gehalt an Säure und Kochsalz, durch den es den Chlorgehalt der Kuhmilch erhöht und dadurch die in derselben reichlich vorhandenen Kalksalze leichter löslich und besser verwertbar macht, ist es — bei rechtzeitiger Anwendung — imstande, bei Kindern nicht nur rachitische Krankheitserscheinungen zu verhüten, sondern da, wo solche bereits aufgetreten sind, sie zu vermindern und, wenn die Krankheit noch im Anfangsstadium ist, sie völlig zu beseitigen. Auch bei vorgeschrittenen Krankheitsfällen kann der Soxhlet-Nährzucker insofern überaus segensreich wirken, als er durch seine kräftigende Wirkung auf die Verdauungsorgane die letzteren befähigt, die vorher nicht vertragenen Spezifica gegen die Rachitis zu verwerten. Der Nährzuckerkakao endlich bewährt sich als ein ausgezeichnetes Nährmittel ganz besonders bei skrofulösen Personen, da die Skrofulose meistens hauptsächlich auf schlechte Ernährungszustände infolge von Schwäche der Verdauungsorgane oder von hereditärer Beanlagung zurückzuführen ist, und ist auch insofern noch von besonderem Wert, als er häufig die Einleitung und Durchführung einer energischen Kur mit Milch, die, ohne Zusatz gegeben, oft perhorresziert, mit Soxhlets Nährzuckerkakao aber sofort gern genommen wird,

ermöglicht und den an sich schon hohen Nutzen einer solchen Milchkur noch bedeutend steigert. Man kann somit sagen, daß der zunächst theoretisch konstruierte Zweck, den Soxhlet bei der besonderen Präparierung des Nährzuckers verfolgte, nämlich die Ursache des häufigen Auftretens der Rachitis bei Kuhmilchkindern zu verhüten, auch praktisch vollauf erreicht ist; ja man kann auf Grund obiger Erfahrungen Soxhlets Nährzucker und Nährzuckerkakao nicht nur als hervorragende diätetische Präparate bezeichnen, sondern muß auch jedem von beiden infolge der obengenannten Vorzüge und Eigenschaften bei manchen Fällen von Rachitis und Skrofulose einen ausgesprochenen therapeutischen Wert zuerkennen.
(Deutsche Mediz.-Zeitung. 1908. Nr. 81.)

Einblasungen von Natr. sozojodolic. mit Flor. sulfur. āā in den Hals hat Dr. Rubens (Gelsenkirchen) bei **Scarlatina** mit bestem Erfolge angewandt; sie müssen Tag und Nacht stündlich vorgenommen werden. Phlegmone der Maxillardrüsen und Otitiden blieben aus, es trat selbst in Fällen Heilung ein, die eine ganz ungünstige Prognose geboten hatten. (Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 42.)

Sophol zur Crédeisierung empfiehlt warm Prof. O. v. Herff. In den letzten 3 Jahren ist keine Infektion mehr an Augengonorrhöe bei ihm vorgekommen bei über 4000 lebend entlassenen Kindern!
(Zentralblatt f. Gynäkologie. 1908. Nr. 42.)

Die Unschädlichkeit der Formaminttabletten erfuhr St.-A. Dr. Naumann (Plauen) bei seinem $2^1/_2$jährigen Kinde, das innerhalb 1 Stunde 27 Stück heimlich zu sich nahm, ohne die geringste Gesundheitsschädigung.
(Medizin. Klinik. 1908. Nr. 41.)

Folgende Behandlung des Keuchhustens leitete Dr. G. Beldau (Riga) vor einigen Jahren bei einem 9jährigen Mädchen in Anbetracht eines stark entwickelten Emphysems ein:

Rp. Inf. rad. Seneg. 10,0:170,0
Elix. pectoral.
Liq. Ammon. anis. āā 3,0
Kal. jod. 1,5
Sir. Seneg. ad 200,0
D. S. 4 mal tägl. $^1/_2$ Eßlöffel.

Außerdem:

Rp. Antipyrin.
Chinin. mur. āā 0,15
Kal. brom. 0,8
Sacch. lact. 0,4
M. f. p. D. dos. tal. Nr. 10.
D. S. morgens und abends je 1 Pulver.

Diese Verordnungen, die damals fast unmittelbare prompte Wirkung entfaltet hatten, haben seitdem B. vielfach die besten Dienste beim Keuchhusten geleistet.
(Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 43.)

Ein neues Phosphorlebertranöl hat Dr. H. Korte (Hamburg) hergestellt und bringt dieses „Ol. jecor. aselli phosphoratum anticatalysatum" unter dem Namen „Phosrhachit" in den Handel (Dr. Korte & Co., Hamburg 15). Durch Limonenzusatz ist das Öl so haltbar gemacht, daß es sich auch nach Monaten unverändert erwies. Das Präparat hat die gewöhnliche Dosierung (0,01:100,0) und kostet 1 Mk.
(Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 41.)

Eulatin, ein neues Keuchhustenmittel, hat sich in der Prof. Neumannschen Kinderpoliklinik in Berlin, wie Dr. L. Friedmann mitteilt, bewährt. Das vom Chemischen Institut Dr. Oestreicher in Berlin hergestellte Präparat, das amidobrombenzoesaure Dimethylphenylpyrazolon, ein weißes, faßt geruchloses, leicht säuerlich schmeckendes Pulver wurde in Einzelgaben von 0,1—0,5 g 3—4 stündlich als Pulver oder unter Zusatz von wenig Himbeersaft in Schüttelmixtur verabreicht. Es wurde selbst von jungen Säuglingen ohne jede schädliche Einwirkung auf die Verdauungs- und Herztätigkeit genommen, ja es übte sogar einen belebenden Einfluß auf den Herzmuskel aus, was auf den in dem Präparat vorhandenen Benzoe-

säureanteil zurückzuführen ist. Die Hauptwirkung des Eulatins besteht aber darin, daß es das zähe Sekret verflüssigt und die Hustenanfälle qualitativ und quantitativ günstig beeinflußt. Im Initialstadium der Krankheit genommen, gestaltete es den Prozeß leichter und kürzte ihn wesentlich ab. Aber auch auf der Höhe des Leidens zeigte es prompte Einwirkung, namentlich als Sedativum; die Heftigkeit der Hustenanfälle nahm entschieden ab, wobei stets auch die Erleichterung der Expektoration konstatiert werden konnte. (Medizin. Klinik. 1908. Nr. 43.)

VI. Monats-Chronik.

Berlin. Das Kultusministerium hat durch den Bildhauer F. Klimsch eine **Medaille für Verdienste um die Kinderfürsorge** entwerfen lassen. Sie wird alljährlich in Gold, Silber und Bronze zur Verleihung kommen.

— Die Einführung des **biologischen Unterrichts** ist bis jetzt an etwa 40 höheren Lehranstalten gesichert.

— Der **Verein Berliner Heilstätte** (E. V.), gegründet 1905 zur Aufnahme erholungsbedürftiger Kinder im Alter von vier Jahren an, welcher seine Tätigkeit bisher im Gutshause zu Dyrotz bei Wustermark ausübte, hat am 1. Oktober ein eigenes Heim in Borgsdorf bei Birkenwerder bezogen. In demselben Hause liegt das Elisabeth-Kinderheim des Herrn Dr. Paul Croner, welches Kinder unter vier Jahren aufnimmt.

— Für die **Speisung bedürftiger Gemeindeschulkinder** im Winterhalbjahr 1908/09 hat die Stadt weitere 70000 Mk. bewilligt.

— Die **Gesellschaft für Kinderheilkunde** hat anläßlich ihres 25jährigen Bestehens die Herren v. Behring, P. Ehrlich, R. Koch und M. Rubner, zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Dresden. Eine **Säuglingsfürsorgestelle** ist auf Anordnung des Ministeriums des Innern in der Frauenklinik eingerichtet. Unbemittelte Mütter oder Pflegemütter, die für ihre im ersten Lebensjahr stehenden Kinder Rat und Belehrung über Ernährung und Pflege brauchen, können dem die Fürsorgestelle leitenden Arzt die Kinder vorstellen und unentgeltlich von ihm Auskunft erhalten.

— Geh. Med.-R. Prof. Dr. Henoch beging am 24. August das 50jährige Jubiläum als a. o. Professor.

Dessau. Eine städtische **Säuglingsfürsorge- und Mütterberatungsstelle**, die auch zur Abgabe von Stillprämien berechtigt ist, ist eröffnet worden.

Philadelphia. Dr. Th. Le Boutiller ist zum Prof. für Pädiatrie ernannt.

Gestorben: Dr. N. Gundobin, Prof. der Kinderheilkunde an der Militärmedizinischen Akademie in St. Petersburg, 48 Jahre alt.

Namenverzeichnis des XIII. Jahrganges.

Sachverzeichnis des XIII. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.





